

THESIS

MUNICH

1966

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF.

AUS DEM UROLOGISCHEN KRANKENHAUS
DER STADT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. May

Helmut Schelbert

AUS DEM UROLOGISCHEN KRANKENHAUS DER STADT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. May

DIE ÄRZTLICHE AUFKLÄRUNGSPFLICHT IN DER
HEUTIGEN RECHTSPRECHUNG

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Helmut S c h e l b e r t

aus

München

1966

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Oberarzt Dr. Sachse

Mitberichterstatter: Prof. Dr. May

Dekan: Prof. Dr. Zenker

Tag der mündlichen Prüfung: 19.4.66

Ich danke Herrn Prof. Dr. May für die freundliche Überlassung des Themas.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Oberarzt Dr. Sachse, der mir stets mit wohlwollender Unterstützung und Beratung zur Seite stand.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INHALTSVERZEICHNIS

I. Zur ärztlichen Aufklärungspflicht	S.1
1. Rechtliche Grundlagen der ärztlichen Aufklärungspflicht. Zur Tatbestandsmäßigkeit des ärztlichen Eingriffs als Körperverletzung.	S.5
2. Die Bedeutung der geplanten Strafrechtsreform für das Problem der Aufklärungspflicht.	S.7
II. Entscheidungen des Bundesgerichtshofs zur Frage der ärztlichen Aufklärungspflicht im Lauf der letzten 10 Jahre	S.11
III. Auswertung obiger Entscheidungen des Bundesgerichtshofs hinsichtlich Notwendigkeit und Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht.	S.47
1. Bedeutung von Art und Häufigkeit der Komplikationen für die Notwendigkeit der ärztlichen Aufklärung.	S.48
2. Weitere Faktoren, welche mit und neben der Komplikationsdichte Maß und Umfang der Aufklärungspflicht bestimmen.	S.57
IV. Zusammenfassung	S.70

I. Zur ärztlichen Aufklärungspflicht

Angesichts der zahlreichen Veröffentlichungen zum Problem der ärztlichen Aufklärungspflicht und der lebhaften Diskussionen, die im Anschluß an die wesentlichen höchstrichterlichen Entscheidungen zu diesem Problem entbrannt sind, mag es überflüssig erscheinen, erneut dazu Stellung zu nehmen. Die vorliegende Arbeit hat aber nicht die Absicht, die widerstreitenden Stimmen zu vermehren. Vielmehr soll der Versuch unternommen werden, durch Sichtung der in den letzten Jahren ergangenen Urteile zu prüfen, inwieweit die Komplikationsdichte bei ärztlichen Eingriffen für die Aufklärungspflicht richtungsweisend ist. Damit soll dem behandelnden Arzt eine Empfehlung gegeben werden, wie er dem in ständig höchstrichterlicher Rechtsprechung geforderten Schutz des Selbstbestimmungsrechtes am besten entsprechen kann.

Obwohl die Ärzte ein Recht des Patienten auf Aufklärung bejahen, halten sie diese in der von den Juristen geforderten Form für übertrieben, und den in der Rechtsprechung mehr oder weniger deutlich erkennbaren und erkannten Umfang der Aufklärungspflicht für unzumutbar und mit dem Standesethos unvereinbar. Es ist zuzugeben, daß die juristischerseits geforderte Aufklärungspflicht gewisse Härten besitzt, die allerdings nur in Ausnahmefällen in Erscheinung treten. Es darf dabei andererseits, wie W. SPANN bemerkt, nicht übersehen werden, daß "so weitgehende Forderungen nach einer Reduzierung der ärztlichen Aufklärungspflicht, wie sie z.T. auch von prominenten ärztlichen Vertretern gestellt werden, bei jedem Arzt ein nahezu unfehlbares Standesethos voraussetzen würden, das nun im praktischen ärztlichen Leben einfach nicht gegeben ist". (31)

Man kann es gut verstehen, daß jeder gewissenhafte Arzt davon betroffen ist und eine Gefahr und Einengung für seine "ethisch hohe Berufsaufgabe" fürchtet, wenn er von

ungefähr und ohne genauere Berücksichtigung des Einzelfalls von der Verurteilung beklagter oder gar angeklagter Fachkollegen wegen mangelnder Aufklärung hört. Bei genauerer Betrachtung der Einzelfälle, zu der diese Arbeit besonders durch die Zusammenstellung diesbezüglicher Entscheidungen des Bundesgerichtshofs anregen will, muß man jedoch erkennen, daß, soweit es überhaupt zu einer Verurteilung gekommen ist, ohne ersichtlichen Grund gar nicht oder nur sehr ungenügend aufgeklärt wurde.

In den zahlreichen ärztlichen und juristischen Stellungnahmen zur Aufklärungspflicht werden immer wieder zwei Rechtsgüter herausgestellt: einmal Leben und Gesundheit des Patienten, zum anderen sein Selbstbestimmungsrecht. Das Problem liegt nun in der unterschiedlichen Bewertung der Rangordnung und Abgrenzung dieser beiden Rechtsgüter. In der umstrittenen Rangordnung von Leben und Freiheit stellt der Arzt ersteres so sehr in den Vordergrund, daß der Jurist dadurch manchmal das Selbstbestimmungsrecht und damit die persönliche Freiheit des Patienten gefährdet sieht und sie durch strenge Anforderungen an die Aufklärungspflicht vor ärztlicher Eigenmächtigkeit schützen will. G. JÄHLER führt hierzu aus:

"Dieser Einstellung liegt der richtige Gedanke zu Grunde, daß sich keiner - auch der Arzt nicht - zum Richter in der Frage aufwerfen kann und soll, unter welchen Umständen ein anderer Mensch seine Selbstbestimmung opfern muß, und wann er es vorziehen darf, an seiner Krankheit zu sterben. Der Todkranke kann nicht, wie es SAVATIER für das französische Recht andeutet, dem Selbstmörder gleichgestellt werden; die Freiheit des Einzelnen muß auch das Ja zu dem auf natürliche Weise eintretenden Tod umfassen. Insoweit steht das Rechtsgut Freiheit über dem Rechtsgut Leben." (20)

Diese Tatsache darf aber keinesfalls zu der fälschlichen Ansicht führen, das Selbstbestimmungsrecht sei dem ver-

antwortungsbewußten ärztlichen Heilbemühen grundsätzlich entgegengerichtet. Wie G. MÄHLER hervorhebt, umfaßt die Entscheidungsfreiheit des Kranken im Arzt - Patienten - Verhältnis gerade primär die Möglichkeit, sich für den ärztlichen Eingriff zu entscheiden und damit dem Arzt den Heilauftrag zu erteilen. " Selbstbestimmung ist also im Grunde eine gegenüber dem ärztlichen Berufsethos neutrale Angelegenheit und wird ihm häufig genug auch entsprechen, nämlich immer dann, wenn der Kranke - wie meist - den Heileingriff will". (20)

Ein Widerstreit zwischen der Wahrung des Selbstbestimmungsrechts und des verantwortungsbewußten Heilbemühens tritt nur da auf, wo die Erfüllung der Aufklärungspflicht eine Erfüllung der Heilungspflicht ernstlich gefährden oder unmöglich machen würde. Diese Situation ist besonders bei der Vornahme einer mit Gefahren verbundenen Behandlung am unheilbar Kranken gegeben. Hier liegt für den Arzt eine Pflichtenkollision vor, und er kann, wenn auch unter Berücksichtigung aller ihm erkennbaren Tatsachen des konkreten Falls, nur eine gewissensmäßige Entscheidung treffen. Ob er dabei mit JASPERS glaubt: "Von der Angst vor diesem Tode kann keine ärztliche Therapie befreien, sondern nur das Philosophieren", und dem Kranken zumutet, durch seine "Fähigkeit und Aufgabe zur geistigen Selbstbestimmung" und durch seine Stellung über allen anderen Lebewesen, Krankheit und Tod nicht einfach als sinnloses Faktum hinzunehmen, sondern ihnen personale Bedeutung zu geben (9), oder ob er in seinem Fall ein Schweigerecht beansprucht, kann einzig der gewissenhafte Arzt selbst entscheiden. Jedenfalls kann eine Schweigepflicht gegenüber dem Patienten, wie sie Karitzky ärztlicherseits vorschlägt (8), bei Tumorkranken genauso wenig gefordert werden, wie eine absolute Aufklärungspflicht.

Die schwierige Situation des Arztes bei der Aufklärung eines Todgeweihten läßt die Rechtsprechung nicht außer Acht, und sie ist besonders in letzter Zeit auch bereit, ein eventuelles Absehen von der Aufklärungspflicht anzuerkennen, sofern der Arzt seine Entscheidung entsprechend begründen kann. Dies wird auch von namhaften Ärzten, wie z.B. von A.SCHEICHER, als ein Anzeichen dafür gesehen, daß die vom ärztlich ethischen Bewußtsein diktierte Entscheidung gewürdigt wird. (25)

So gibt H. KLEINWEFFERS der Hoffnung Ausdruck, daß bei Anerkennung des "hohen Rechts der Selbstbestimmung" durch die Ärzteschaft und "vorallem bei der erforderlichen verständigen und weisen tatrichterlichen Beurteilung des Inhalts der Aufklärungspflicht im konkreten Einzelfall eine allen Teilen gerechtwerdende Lösung dieses Problems möglich ist". (13)

Rechtliche Grundlagen der ärztlichen Aufklärungspflicht.
Zur Tatbestandsmäßigkeit des ärztlichen Eingriffs als
Körperverletzung.

Zum Schutz des Selbstbestimmungsrechts des Patienten ist seine Einwilligung in die Heilbehandlung grundsätzlich erforderlich. Ein, wenn auch lege artis, doch ohne Einwilligung des Verletzten durchgeführter Eingriff ist rechtswidrig. So wird z.B. in der Entscheidung des Bundesgerichtshofs vom 16.1.1959 (VI ZR 179/57) ausgeführt:

"Auszugehen ist von dem Grundsatz, daß jedem das Recht auf körperliche Unversehrtheit zusteht (Art. 2 Abs.2 GG). Dieser Rechtsgrundsatz gilt auch für das Verhältnis zwischen Arzt und Patient... Soweit nicht ein Gesetz etwas anderes bestimmt, darf daher niemand zu einer Heilbehandlung gezwungen werden. Ein ärztlicher Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Kranken ist nur insoweit nicht widerrechtlich, als die Einwilligung des Kranken reicht. Das bedeutet, daß die Widerrechtlichkeit der ärztlichen Maßnahme nur durch den erklärten Rechtswillen des Patienten entfällt, durch den er dem Arzt die Befugnis zum Eingriff in den Körper einräumt. Diese Auffassung hat sich nicht etwa erst in Anlehnung an das Grundgesetz herausgebildet, sie wurde vielmehr schon früher in ständiger höchstgerichtlicher Rechtsprechung vertreten. Das Reichsgericht hat bereits im Jahre 1917 (RGZ 88,433,436) die gleichen Grundsätze aus der allgemeinen Rechtspflicht, niemanden körperlich zu verletzen, hergeleitet und seine Meinung in der Folgezeit wiederholt bestätigt (BGHZ 29/176)."

Die Rechtspflicht, niemanden körperlich zu verletzen, wird nun vom BGH in konsequenter Weiterführung der Haltung des Reichsgerichts vom § 223 StGB abgeleitet, und somit der ärztliche Heileingriff unter dem Tatbestand der Körperverletzung gesehen. Trotz seit langem bestehender Kritik im juristischen Schrifttum und aus Ärztekreisen hielt der BGH an der Tatbestandsmäßigkeit des ärztlichen Eingriffs als Körperverletzung fest. M.KOHLHAAS (17) schreibt in diesem Zusammenhang: "Die Rechtsfrage ist für den BGH so klar, daß in der amtlichen Sammlung bis zu Bd.11, also fast

sieben Jahre lang, diese Frage gar nicht erwähnt, sondern in unveröffentlichten Entscheidungen die Rechtsprechung des RG fortgesetzt wurde (RGSt 38,64 und 61,256), wonach der ärztliche Eingriff Körperverletzung ist, der seine Rechtfertigung nur durch die Einwilligung des Verletzten findet. Im Zusammenhang mit den Fragen der ärztlichen Aufklärungspflicht wird dann im Urt. vom 28.11.1957 4 StR 525/57 (BGHSt 11/111) diese Auffassung erneut veröffentlicht". In dem Urteil des OLG Hamm vom 18.12.62 (3 Ss 1595/62) wird die Ansicht der Vorinstanz, daß ärztliche Eingriffe zu Heilzwecken keine Körperverletzung seien, beanstandet und besonders darauf hingewiesen: "Operative ärztliche Eingriffe zu Heilzwecken sind grundsätzlich im Sinne des § 223 StGB tatbestandmäßig".

Nach Ansicht von P. BOCKELMANN hält der BGH so konsequent an der Qualifizierung des ärztlichen Heileingriffs als Körperverletzung fest, weil infolge der " eigentümlichen Unzulänglichkeit unserer positiven Rechtsordnung" die im Grundgesetz garantierte Freiheit der Person nur unvollkommen sanktioniert ist. "Die Strafdrohungen gegen Freiheitsberaubung und Nötigung sind so gefaßt, daß sie... auf die eigenmächtige Heilbehandlung nur ausnahmsweise zutreffen". Wenn dagegen "der ärztliche Heileingriff den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt, so kann er, wie jede Verwirklichung eines Straftatbestandes, nur dann erlaubt sein, falls er durch einen besonderen Rechtfertigungsgrund gedeckt ist. Diesen Rechtfertigungsgrund liefert die Einwilligung des Patienten".(1)

Damit der Patient aber rechtswirksam einwilligen kann, ist wiederum die Aufklärung notwendig; sie bestimmt die Reichweite der Einwilligung. Die Aufklärung ist also vonnöten, um dem Kranken im Arzt-Patienten-Verhältnis die Möglichkeit und Grundlage zum Gebrauch seines Selbstbestimmungsrechts in der jeweiligen Behandlungssituation zu gewähren; darin liegt ihre rechtliche Bedeutung. Wie die Aufklärung

beschaffen sein muß, um diesen Anforderungen zu genügen, soll uns weiter unten im Anschluß an die Zusammenstellung der Entscheidungen beschäftigen.

2. Die Bedeutung der geplanten Strafrechtsreform für das Problem der Aufklärungspflicht

Im vorhergehenden Abschnitt wurde dargelegt, daß es der Rechtsprechung - um Strafbarkeitslücken im gegenwärtigen Recht zu vermeiden - notwendig erscheint, den ärztlichen Heileingriff als Körperverletzung zu qualifizieren. Es hat aber in den letzten 50 Jahren im juristischen Schrifttum und in Änderungsvorschlägen zum Strafgesetz nicht an Versuchen gefehlt, die Tatbestandsmäßigkeit des ärztlichen Heileingriffs als Körperverletzung zu beseitigen und zum Schutz des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dafür einen Paragraphen über "eigenmächtige Heilbehandlung" einzu führen. Die vielen, teils in sich widersprüchlichen Vorschläge zur Beseitigung der Körperverletzungskonstruktion des Reichsgerichts bzw. Bundesgerichtshofs im juristischen Schrifttum können hier nicht im einzelnen aufgeführt und gewürdigt werden. (28) Es sei aber soviel angedeutet, daß jene Änderungsversuche, die den ärztlich indizierten Eingriff nach seinem Erfolg bewertet wissen wollen und demnach zwischen gelungenen und mißlungenen Operationen unterteilen, nicht zweckdienlich erscheinen, wie die Kritik GRÄBERS am Lösungsversuch BOCKELMANNs einleuchtend darlegt. (6) Hingegen sollte, vor allem in der geplanten Strafrechtsreform, der Vorschlag E.SCHMIDTS größere Beachtung finden. Durch die Betrachtung des mißglückten Heileingriffs unter dem Gesichtspunkt des "unechten Unterlassungsdeliktes" wird er dem ärztlichen Heileingriff in seiner Ganzheit und unter allen Umständen gerechter, weil er ihn in seiner "sozialen Sinnbedeutung" sieht. (26)

Auf die geplante Strafrechtsreform setzen nun viele Ärzte ihre Erwartungen. Sie hoffen, daß durch die Beseitigung der Tatbestandsmäßigkeit des ärztlichen Heileingriffs als Körperverletzung die Aufklärungspflicht entfallen oder zumindest stark an Bedeutung verlieren würde. Dem ist aber nicht so. Einerseits bemerkt M. KOHLHAAS, daß auch durch den § 161 des Änderungsentwurfs nicht gesagt wird, "daß ärztliche Eingriffe und Behandlungen, die nach den Erkenntnissen und Erfahrungen der Heilkunde und nach den Grundsätzen eines gewissenhaften Arztes erforderlich sind und vorgenommen werden..... keine Körperverletzung seien, sondern nur, daß sie als solche nicht strafbar sind". Das ist nun allerdings eine Binsenwahrheit, die gegenüber dem alten Zustand nichts Neues bringt, denn es dürfte noch nie vorgekommen sein, daß ein Arzt, der lege artis gehandelt hat, und zudem das Einverständnis oder mutmaßliche Einverständnis des Patienten oder seiner Sorgeberechtigten hatte, jemals bestraft worden wäre, selbst wenn der Ausgang schlecht war". (18)

Andererseits ist zu berücksichtigen, daß, wie E.SCHMIDT (26) bereits an der Reformbewegung 1909-1930 bemängelt, auch der jetzige Entwurf den Eingriff nur als unmittelbare ärztliche Maßnahme ins Auge faßt, ohne Einschluß der eventuell damit verbundenen ungünstigen Folgen für den Patienten. Weiterhin ist zu bedenken, daß durch den § 161 nur bestimmte kunstgerechte Eingriffe den Charakter der Körperverletzung verlieren, während andere auch in Zukunft damit behaftet sein werden. Auf diesen Umstand macht M.KOHLHAAS besonders bei der Betrachtung der strafrechtlichen Situation bei ästhetisch-kosmetischen Operationen aufmerksam. (19)

Anstatt also eine saubere Trennung zwischen Kunstfehler und indiziertem, lege artis durchgeführtem Heileingriff zu erreichen, führt die geplante Neuregelung mit den §§ 161, 162 zu einer unterschiedlichen Betrachtung des ärztlich regelrechten Heileingriffs selbst. Es dürfte dabei für den behandelnden Arzt oftmals schwierig sein zu entscheiden, ob der vorzunehmende Eingriff noch als "Heilbehandlung" oder schon als "Körperverletzung" angesehen wird. Schon aus diesem

Grund wird die Aufklärungspflicht nicht entfallen können, nachdem die Tatbestandsmäßigkeit in ihrer bisherigen Form auch künftig für alle ärztlichen Behandlungen bestehen bleibt, die nicht als Heilbehandlungen anzusehen sind.

Es mag in Anbetracht dieser Tatsache die kritische Frage von KOHLHAAS berechtigt sein, "ob denn die Diskriminierung der Ärzte durch diese tatbestandsmäßige Wertung so furchtbar ist, daß man sie um solch teuren Preis, wie die damit verbundene neue Bestimmung der 'eigenmächtigen Heilbehandlung' aushandeln soll, und ob das scheinbar schmackhafte Linsengericht des § 161 wirklich das aufwiegt, was man sich mit dem § 162 auflädt".(18) Abgesehen davon, daß, wie A.SCHEICHER betont (25), gerade die vorgesehene Neuregelung die Anforderungen an die Aufklärungspflicht eher noch erhöht, kommt durch die Freistellung des ärztlichen Eingriffs von der Tatbestandsmäßigkeit der Körperverletzung die Aufklärungspflicht nicht in Wegfall. Die Notwendigkeit der Aufklärung, unabhängig davon, ob der ärztliche Eingriff den Tatbestand der Körperverletzung nun erfüllt oder nicht, wird grundsätzlich von Ärzten und Juristen gesehen und auch anerkannt. Daraus folgt, daß es für unsere Betrachtung der ärztlichen Aufklärungspflicht nicht entscheidend ist, ob der Wegfall der Tatbestandsmäßigkeit in der bisherigen Form zum Tragen kommt oder nicht. Es geht letztlich darum, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu respektieren. Dazu allein ist die ärztliche Aufklärungspflicht erforderlich, wie in Abschnitt 2 dargetan wurde. Ob bei Unterlassung der notwendigen Aufklärung des Patienten die schadenbringende ärztliche Maßnahme dem betreffenden Arzt dann als "Körperverletzung" oder als "eigenmächtige Heilbehandlung" angelastet wird, ist dafür bedeutungslos.

Die 'Körperverletzungskonstruktion' wird zwar im ethischen Sinne der hohen Berufsaufgabe des Arztes nicht gerecht, sollte aber in Anbetracht ihrer Eindeutigkeit widersprüchlichen und zweideutigen Versuchen, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu schützen, auch in Zukunft vorgezogen werden. In der folgenden Zusammenstellung der we-

sentlichen Entscheidungen des Bundesgerichtshofs zum Problem der ärztlichen Aufklärungspflicht mag es deutlich werden, daß die juristische Praxis auf der Basis der 'Körperverletzungskonstruktion' dem Arzt im Einzelfall durchaus Gerechtigkeit widerfahren läßt. Wenn auch der gewissenhafte Arzt sich an der inadäquaten juristischen Einschätzung seines Heilbemühens stößt, so darf doch gerechterweise gesagt werden, daß den wenigen wegen mangelnder Aufklärung verurteilten Ärzten daraus keine Nachteile erwachsen sind. In diesen Fällen war eben ohne ersichtlichen Grund und vor allem ohne Begründung die Aufklärung des Patienten über mögliche Folgen eines mit Gefahren verbundenen Eingriffs unterlassen worden. Da andererseits angenommen werden muß, daß fehlende Aufklärung häufig auf falschen Vorstellungen über die juristische Bedeutung des ärztlichen Eingriffs beruht, erscheint es zweckmäßig die in den diesbezüglichen Entscheidungen enthaltenen Grundsätze der Aufklärungspflicht herauszustellen. Bei der Zusammenstellung und Auswertung soll besonders darauf gesehen werden, welche richtungsweisende Bedeutung die Komplikationsdichte bei einer bestimmten Operation bei einem bestimmten Patienten für die Frage der Aufklärungspflicht hat. Vielleicht kann damit dem behandelnden Arzt die Entscheidung erleichtert und er vor unzumutbaren Haftungsansprüchen bewahrt werden.

II. Entscheidungen des Bundesgerichtshofs zur Frage der ärztlichen Aufklärungspflicht im Laufe der letzten 10 Jahre

Die Urteile werden in chronologischer Reihenfolge aufgeführt, da sich die jeweils späteren vielfach auf grundsätzliche Äußerungen vorangegangener Urteile berufen. Nachdem einleitend bereits die rechtlichen Grundlagen, und somit deren Notwendigkeit, dargelegt wurden, soll uns bei der folgenden Zusammenstellung im wesentlichen der Maß und Umfang der Aufklärungspflicht betreffende Wortlaut der Urteile, sowie die jeweilige besondere Lagerung der Fälle, interessieren.

DIE URTEILE DES BGH:

1. Urt.d.VI.Zivilsenats des BGH v. 10.7.1954 (NJW 1956/1106)

Bei einer Elektroschockbehandlung erlitt der Patient eine Fraktur des 12. Brustwirbelkörpers, der zu einer dauernden Lähmung des rechten Beins, sowie zu Darmstörungen und Herzbeschwerden führte. Eine Aufklärung über die möglichen Folgen der Behandlung war nicht erfolgt. Das OLG hat die Schadenersatzklage des Kl. gegen die Klinik des Beklagten dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt. Die Revision des Beklagten hatte keinen Erfolg.

Bei der Begründung wird ausgeführt, daß eine Einwilligung ohne Aufklärung nur dann wirksam wäre, wenn a) der Pat. mit den typischen Gefahren einer Elektroschockbehandlung vertraut gewesen wäre und "in Kenntnis der Gefährdungsmomente seine Einwilligung gegeben hätte" oder b) "der behandelnde Arzt das gesamte Verhalten des Klägers unter den besonderen Umständen des Falls und unter Berücksichtigung der Anschauungen, die im Verkehr zwischen billig denkenden Menschen herrschen, so auffassen und auslegen mußte und durfte, daß er sich der mit einer Schockbehandlung verbundenen Gefahren in den Grundzügen bewußt gewesen sei und sie auf sich genommen habe".

Zu a) wird unter Zugrundelegung der Bedingungen für einen "Haftungsausschluß wegen Handelns auf eigene Gefahr" festgestellt, daß Gefahren, "die der Verletzte lediglich hätte erkennen müssen, diese Einwilligung nicht umschließen" und fortgefahren: "In gleicher Weise hat das RG in RGZ 88/433 (436) betont, daß ein ärztlicher Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Patienten nur in soweit vertragsmäßig ist und nicht rechtswidrig, als die Einwilligung des Kranken reicht. Nachdem sich die Einwilligung des Kranken nicht ohne weiteres auf eine Heilbehandlung erstreckt, "die nach der ärztlichen Erfahrung, auch wegen ihrer Nachwirkungen, nicht als ver-

hälterismäßig harmlos bezeichnet werden kann", und nach dem Sachverständigengutachten bei dieser Behandlungsart durchschnittlich 7% Knochenbrüche zu verzeichnen sind, erschien hier ein "völliges Unterbleiben jeder Aufklärung" jedenfalls nicht gerechtfertigt. Somit sei, da die Elektroschockbehandlung "in dem hier in Frage kommenden Zeitraum nach den in der Literatur erkennbaren Angaben und vor allem der unterschiedlichen Beurteilung ihrer Folgen nicht als ein harmloser Eingriff anzusehen ist" mit Recht eine Aufklärungspflicht der behandelnden Ärzte anzunehmen. Es wird noch erwähnt, daß u.U. die Berücksichtigung der Persönlichkeit des Patienten dafür entscheidend sein kann, was im einzelnen mitgeteilt werden muß. Diese Frage wurde aber im vorliegenden Fall nicht weiter entschieden, "da hier überhaupt keine Aufklärung erfolgte".

2. Urt. d.BGH v. 10.2.1956 (VI ZR 189/54, KG) (VersR 1956/406)

Der beklagte Arzt hatte sich bereits seit Jahrzehnten mit der operativen Behandlung des Diabetes beschäftigt und dazu auch schon wiederholt menschliches Bauchspeicheldrüsengewebe in die Oberschenkelmuskulatur von Diabetikern eingepflanzt. Wegen der schlechten Insulinversorgung in den Nachkriegsjahren hatte er auch den Versuch unternommen, tierisches Pankreasgewebe zu transplantieren. Dabei war es bei einem Patienten am 8. postoperativen Tage zu einer Infektion gekommen, an deren Folgen er verstarb. In diesem Fall wurde zurückverwiesen.

Es wurde ausgeführt, daß bei der bestehenden Grundkrankheit des Pat. eine Infektion nicht zu den gewöhnlich auftretenden, harmlosen Operationsfolgen gerechnet werden kann, mit deren Eintreffen ein verständiger Patient rechnen muß, daß also, obwohl bei "harmlosen oder atypischen Folgen" im allgemeinen keine besondere Aufklärungspflicht besteht, andererseits aber "eine Aufklärungspflicht nicht erst dann einsetzt, wenn so schwerwiegende Folgen wie der Tod des Pat. nicht als typische Folgen zu bezeichnen sind".

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, daß auch der "Gesamtzustand des Patienten" zu würdigen sei, "denn nur unter seiner Berücksichtigung ist die Aufklärungspflicht abschließend zu beurteilen". Nachdem der beklagte Arzt vorgebracht hat, das von ihm verwendete Nahtmaterial sei nicht einwandfrei gewesen, hätte man auch hiervon eine Aufklärungspflicht ableiten müssen. Weiterhin ist zur Beurteilung des Bestehens und des Umfangs einer Aufklärungspflicht zu beachten: Für die Operation sprach nicht so sehr der Zustand des Kranken als vielmehr die Tatsache, daß dieser Zustand bei weiterer Fortdauer des Insulinmangels gefährlich zu werden drohte, so daß die Operationsindikation nicht allein aus dem biologisch-pathologischen Zustand des Kranken gestellt wurde, sondern aus wirtschaftlich-politischen Erwägungen (Schwierigkeit der Insulinbeschaffung im Jahre 1947). "Abzuwägen waren ein medizinisches Operationsrisiko und wirtschaft -

lich-politische Aussichten (Beschaffung des Heilmittels)."
Es kann dabei dahingestellt bleiben, ob die Ärzte dies-
bezüglich bessere Beurteilungsmöglichkeit hatten als der Pa-
tient. "Jedenfalls hatten sie hier nicht Spezialkenntnisse
als Ärzte, denen der Kranke gerade aus diesem Grunde vertrau-
en muß. Diese Sachlage kann zu einer Verschärfung der Aufklä-
rungspflicht des Arztes führen, da der Kranke für die ihm zu-
stehende Entscheidung gerade in einem Fall, in dem allgemeine
und spezifisch medizinische Prognosen gegeneinander abzuwägen
sind, die nötigen Abwägungsunterlagen haben muß." Bezüglich
der Notwendigkeit, von der Aufklärungspflicht aus besonderen
Gründen abzuweichen, hat der Arzt nichts dargetan. Es wird zu
diesem Punkt gesagt, "der Arzt soll nicht gezwungen sein, durch
zu weitgehende Aufklärung den Heilerfolg selbst zu beeinträch-
tigen, oder den Patienten ohne Not von einem ärztlich indizier-
ten Eingriff abzuschrecken. Aber bei mangelhafter oder fehlen-
der Aufklärung - wie sie im vorliegenden Fall dann in Betracht
kommt, wenn die weiteren Feststellungen die besondere Gefahr
der Operation oder doch wenigstens deren Ungewöhnlichkeit er-
geben sollten - muß der Arzt dartun, daß er triftige Gründe
zur Unterlassung der Aufklärungspflicht hatte."
(RG JW 37,3037,3038)."

3. Urt.d.BGH v.17.2.1956 (VI ZR 248/54,KG) (VersR 1956/224)

Die beklagte Ärztin führte eine operative Behandlung bei einem
unfallbedingten Oberschenkelbruch durch, der eine Dislokation
und Knochenstückabsprengung aufwies. Die operative Entfernung
des Splitters und die Elfenbeibolzung führten nach einigen Ta-
gen zu einer innerlichen Eiterung, wodurch eine Nahtöffnung er-
forderlich war, bei der es zur Eiterentleerung kam; der Elfen-
beinstift eiterte heraus. Daraufhin wurde der Beckengips ent-
fernt und das Bein in einen Streckverband gelegt. Nach zwei Jah-
ren fand sich bei einer anderen stationären Behandlung eine Ver-
kürzung des betreffenden Beins um 19cm, außerdem Versteifungen
in seinem Hüft-, Knie-und oberen Sprunggelenk, sowie eine extre-
me Spitzfußstellung. Zur Besserung dieser Schäden waren verschie-
dene Operationen erforderlich. Die vom Berufungsgericht ausge-
sprochene Verurteilung wurde durch die Revision der beklagten
Ärztin aufgehoben, und es erfolgte Zurückverweisung.
In diesem Urteil geht es mehr um die Frage, ob in der Wahl der
Behandlungsart eine Fahrlässigkeit zu erblicken sei: "Daß eine
anerkannte Methode kein Kunstfehler ist, schließt nicht aus, daß
einem Arzt die Wahl dieser Behandlungsart im Einzelfall als eine
Fahrlässigkeit im Sinne des § 276 zur Last gelegt werden kann".
Bezüglich der Aufklärungspflicht wird erwähnt, daß zu prüfen
sei, "ob und in wie weit die Beklagte verpflichtet war, die
Klägerin über die Möglichkeit der konservativen Behandlung zu
belehren und über Vor-und Nachteile der beiden in Betracht kom-
menden Behandlungsarten aufzuklären, und welche rechtlichen Fol-
gen sich bei Bejahung dieser Pflicht aus der Unterlassung der
Aufklärung ergeben."
(vgl.RGZ 168,206 (210,213)).

4. Urt. d. BGH v. 6.3.1956 (VI ZR 2/55, Düsseldorf) (VersR 1956/449)

Nachdem sich bei dem Patienten als Ursache für ein lang-jähriges Ischiasleiden ein langsam wachsender Rückenmarkstumor fand, rieten die behandelnden Ärzte zur Operation. Daraufhin wurde von dem beklagten Arzt im Jahre 1949 eine große Dermoidzyste aus dem Rückenmarkskanal entfernt. Gleich nach der Operation trat eine ärztlich unbeeinflussbare Lähmung beider Beine auf, die zur Arbeitsunfähigkeit des Patienten führte.

Beide Vorinstanzen haben die Klage auf Schadenersatz abgewiesen, und auch die Revision des Klägers blieb erfolglos. In der Begründung wird zunächst ein Kunstfehler ausgeschlossen. Zwar war, laut Sachverständigengutachten, die Operation sicher ursächlich für den Eintritt der Schädigung, doch war in Folge einer Vorschädigung des Nerven - gewebes durch langdauernden Tumordruck auch schon bei Anwendung von unvermeidbarer instrumenteller Druckwirkung der Schaden eingetreten. Zu dem Vorwurf mangelnder Aufklärung wird ausgeführt, daß bezüglich der Person des Operateurs zum damaligen Zeitpunkt keine Notwendigkeit bestand, den Patienten auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich von einem Neurochirurgen operieren zu lassen. Operationen von Rückenmarkstumoren wurden damals weitgehend von Allgemeinchirurgen durchgeführt.

Es wird weiter festgestellt, daß es nicht notwendig war, über mögliche Komplikationen der Operation aufzuklären, denn einerseits war die Operation lebensnotwendig; "es bestand für den Kläger Lebensgefahr". Anhaltspunkte für eine besonders bösartige Geschwulst haben nach den Feststellungen des Berufungsgerichts jedoch nicht vorgelegen". Andererseits brauchte der operierende Arzt "auch nicht damit zu rechnen, daß die Druckschädigung des Nervensystems schon soweit fortgeschritten war, wie sich nachträglich herausgestellt hat. Unter diesen Umständen gereicht es dem Zweitbeklagten nicht zum Verschulden, wenn er den Kläger nicht über mögliche ungünstige Folgen der Operation aufgeklärt hat. Da nach der objektiven Sachlage der Eintritt einer Lähmung in Folge der Operation nicht nahelag, konnte der Zweitbeklagte, ohne daß ihm hieraus ein Vorwurf zu machen ist, von einem solchen Hinweis absehen".

5. Urt. d. BGH v. 11.4.1956 (VI ZR 20/55, Frankenthal) (VersR 1956/479)

Nach einjähriger erfolgloser Behandlung seines Lupus erythematodes durch den beklagten Arzt und eine Universitätsklinik machte der Professor einer anderen Klinik dem beklagten Arzt den Vorschlag, mit Neo-uliron zu behandeln, und zwar dreimal zwei Tabletten täglich. Dies sei die einzige Möglichkeit, dem hartnäckigen Leiden beizukommen. Der beklagte Arzt begann am 10.9.1951 die vorgeschlagene Therapie, unterbrach die Kur am 19.9.1951 wegen beim Patienten aufgetretenen leichten Fiebers für einige Tage und nahm dieselbe am 26.9.1951 wieder auf. Dabei kam es zu hohem Fieber und in den nachfolgenden Tagen an beiden Beinen zu starken Lähmungserscheinungen, die auch durch

die anschließende Behandlung in einer Universitätsnervenklinik nicht gebessert werden konnten, sondern erst nach einem Jahr zurückgingen. Das Hautleiden war in Folge der Kur geheilt.

Die Klage des Patienten wurde abgewiesen. In der Urteilsbegründung wurde nach Ausschluß eines Kunstfehlers zur Frage der Aufklärungspflicht im vorliegenden Fall Stellung genommen:

"Der Umfang und das Maß der ärztlichen Aufklärungspflicht gegenüber dem Patienten wird mitbestimmt von dem Grade der Gefährlichkeit des Eingriffes in die körperliche Integrität. Der Arzt ist nach der Rechtsprechung des RG aber nicht verpflichtet, den Kranken auf alle möglichen Folgen einer Behandlung, insbesondere nicht bei geringfügigen Eingriffen auf die Möglichkeit schädlicher Folgen unter nicht voraussehbaren ungünstigen Umständen hinzuweisen. (RGZ 78,432,434); RG Warn-Rspr 1920 Nr.109; RGZ 168,206 (213). Die besondere Lage des hier zur Entscheidung stehenden Falls rechtfertigt nicht die Annahme einer Verpflichtung des Beklagten auf die Gefahr einer Lähmung als Folge der Neo-uliron-Kur hinzuweisen. Zwar ist es in der ärztlichen Wissenschaft bekannt, daß bei Behandlung mit Neo-uliron, wie überhaupt mit Sulfonamiden, vorübergehend schädliche Nebenwirkungen auf das Nervensystem und auch Lähmungserscheinungen möglich, jedoch bei vorsichtiger Dosierung vermeidbar sind." Nachdem es hier bei dem Patienten trotz vorsichtiger Dosierung zu Lähmungserscheinungen gekommen ist, wird im Gutachten eine Überempfindlichkeit angenommen und festgestellt: "Die eingetretene Lähmung war deshalb eine ganz ungewöhnliche, nicht vorauszusehende Erscheinung."

6. Urtd.d.BGH v.15.2.1957 (VI ZR 289/55, Karlsruhe) (VersR 1957/408)

Der Patient litt an heftiger und praktisch nicht zu beeinflussender Trigeminusneuralgie, weshalb er vom Chefarzt seines Stadtkrankenhauses an einen bestimmten Professor zur Vornahme einer Koagulation des Ganglion Gasserii überwiesen wurde. Da der betreffende Professor gerade in Urlaub war, führte sein Oberarzt, ohne dem Patienten die näheren Umstände zu erklären, seinerseits die Operation durch. Als Operationsfolge traten eine Lähmung des rechten Auges und weiterer Gesichtsnerven, sowie Sprachstörungen auf, die zum Zeitpunkt des Urteils noch nicht ganz beseitigt waren.

Gegen die vom OLG ausgesprochene Verurteilung des beklagten Oberarztes zum vollen Schadenersatz war dessen Revision erfolglos.

In der Begründung wird hervorgehoben, daß "in Fällen einer Gehirnoperation des in der Privatabteilung eines bekannten Spezialisten befindlichen Patienten jedenfalls ein Oberarzt mit einer im Verhältnis zum Chefarzt nur geringen eigenen Erfahrung den Eingriff nur vornehmen darf, nachdem er sich eindeutig der Einwilligung versichert hat. Die irrtümliche Annahme der Einwilligung zu einer nicht dringend sofort erforderlichen Operation könnte daher

nur entschuldbar sein, wenn der Beklagte an der "Einwilligung hätte keinen Zweifel zu hegen brauchen." Dies sei aber hier nicht der Fall gewesen.

7. Urt.d.IV.Strafsenats des BGH v.28.11.1957 (4 StR 525/57)
(BGHSt 11/111)

Der Arzt klärte die Patientin nur über die Entfernung eines Myoms auf und hatte auch nur hierüber deren Einwilligung. Intra operationem stellte er dann fest, daß das "doppelt faustgroße Myom" in Folge zu starker Verwachsung mit dem Uterus nur durch eine totale Uterusexstirpation entfernt werden könne. Er nahm diese erweiterte Operation vor ohne vorherige Einholung der Erlaubnis für diesen radikaleren Eingriff. Deshalb erfolgte Anklage wegen fahrlässiger Körperverletzung mit dem Vorwurf, der Arzt "habe auf Grund der Untersuchung und der Besprechung mit der Patientin nicht annehmen können und dürfen, daß sie mit einer Entfernung der Gebärmutter einverstanden sei." "Die Strafkammer hat zwar sowohl die Tatbestandsmäßigkeit wie die Rechtswidrigkeit des Vorgehens des Angeklagten bejaht. Sie hat aber nicht für nachgewiesen erachtet, daß er die Einwilligung der Nebenklägerin mit dem weitergehenden Eingriff fahrlässig-weise angenommen habe. Sie hat ihn deshalb freigesprochen." Die Revision der Patientin führte zur Aufhebung des Urteils und Zurückverweisung. Aus den Gründen:

Die Annahme des Landgerichts wird bestritten, daß der Angeklagte schon vor der Operation davon habe ausgehen dürfen, die Patientin werde mit dem Eingriff, wie er ihn später ausführte, einverstanden sein. Es kann daher auch nicht zur Entschuldigung des Arztes angenommen werden, "der Angeklagte habe bei der 46-jährigen Kranken wegen ihres Alters und wegen vorangegangener Konsultationen zweier Fachärzte wegen Beschwerden 'mehr voraussetzen' dürfen, 'als bei einem Laien auf medizinischem Gebiet sonst zu erwarten war'." Der BGH vermißt in dem zum Freispruch führenden Strafammerurteil ferner die Erörterung der Frage, "ob der Angeklagte bei der Besprechung mit der Nebenklägerin vor der Operation nicht an die naheliegende Möglichkeit hätte denken müssen und können, daß es sich bei der Geschwulst um ein mit der Gebärmutter fest verwachsenes Myom handeln, und daß dann im Falle seiner Beseitigung eine völlige Entfernung der Gebärmutter unvermeidlich sein könnte. Sollte sich ergeben, daß der Angeklagte sich dieser Möglichkeit hätte bewußt sein müssen, so wäre weiter zu prüfen, ob er dann nicht verpflichtet war, seine Patientin auf diese Möglichkeit hinzuweisen und sich ihres Einverständnisses mit dem vielleicht erforderlich werdenden und für sie folgeschweren Eingriff zu versichern." Nachdem er schon bei der Voruntersuchung ein "doppeltfaustgroßes" Myom festgestellt hatte, liegt die Vermutung nahe, daß er an die Möglichkeit einer Verwachsung hätte denken müssen. Außerdem berechtigte die Einwilligung der Patientin in die Entfernung der festgestellten Geschwulst nicht die Annahme

sie sei dann auch mit der Entfernung der Gebärmutter einverstanden, wenn nur dadurch die Geschwulst zu entfernen sei. "Denn", so führt der BGH weiter aus, "es ist möglich; daß ein Kranker eine selbst gefährliche Geschwulst an einem Organ seines Körpers eher weiterbestehen zu lassen bereit ist, als für die Beseitigung der Geschwulst den Verlust des ganzen Organs in Kauf zu nehmen. Mag diese Entscheidung für ihn selbst lebensbedrohlich und deshalb jedenfalls dann unverständlich sein, wenn er auch ohne das Organ weiterleben könnte, so muß sie doch von jedem, auch einem Arzt, in Betracht gezogen und beachtet werden (entsprechend Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG)".

Wenn auch zugegeben wird, daß der angeklagte Arzt bei dem Eingriff selbst sich keiner fahrlässigen Körperverletzung schuldig gemacht hat, so wird doch zu bedenken gegeben: "Fahrlässig aber konnte er dadurch gehandelt haben, daß er es vor der Operation versäumt hatte, sich der Zustimmung der Nebenklägerin zu der möglicherweise erst während des Eingriffs offenbar werdenden Notwendigkeit der Entfernung der Gebärmutter zu vergewissern". Die entschuldigende Vorbringung des beklagten Arztes, "er habe vor der Operation die Patientin nicht über das Notwendigste hinaus beunruhigen wollen", kann hier nicht als stichhaltig angesehen werden, denn "der Pflicht, die Einwilligung zu erwirken, ist der Arzt in der Regel auch dann nicht enthoben, wenn er sie nicht erfüllen könnte, ohne seine Patientin durch die Aufklärung zu beunruhigen, die er ihr geben müßte, um sich ihres Einverständnisses zu versichern. Eine falschverstandene Rücksicht kann sich nur allzu leicht als eine der Leidenden unerwünschte Verheimlichung ihres wahren Zustands herausstellen..."

Ansonsten weist der erkennende Senat hinsichtlich der Richtlinien, wie weit die Pflicht des Arztes zur Aufklärung eines Kranken reiche, auf die nach seiner Auffassung zutreffenden Grundsätze hin, die im Urt.d.VI. Zivilsenats v.10.7.1954 (NJW 1956/1106) dargelegt wurden (Nr. 1. unserer Aufstellung).

8. Urt.d.BGH v.5.12.1958 (VI ZR 266/57) (VersR 1959/308)

Der noch nicht ganz volljährige Patient bat, wegen einer bevorstehenden Kropfoperation seine in der Ostzone lebenden Eltern nicht um die Einwilligung zu fragen, weil er sie nicht durch seine frühere Flucht in die Bundesrepublik gefährden wollte. Der betreffende Arzt nahm nun mit Einwilligung des Patienten bei ihm die Operation vor. Als Operationsfolge kam es zu einer Posticusparese. Das LG hat die Zahlungsansprüche des klagenden Patienten zunächst für gerechtfertigt angesehen, da keine wirksame Einwilligung des gesetzlichen Vertreters zur Vornahme der Operation vorgelegen habe und der Arzt in Kenntnis dieses Mangels schuldhaft gehandelt habe. Das OLG dagegen hat die Klage abgewiesen. Die Revision des Klägers führte zur Auf-

hebung des Berufungsurteils und zur Zurückverweisung.

In der Begründung wird ausgeführt, "daß der Kläger nach seiner geistigen Veranlagung und Entwicklung, sowie seiner sittlichen Reife fähig war, die Erheblichkeit und die möglichen Folgen der Operation zu ermessen. Damit ist festgestellt, daß die Einwilligung eines Minderjährigen zu einem Eingriff in seine körperliche Unversehrtheit dann rechtswirksam ist, "wenn der Minderjährige nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen vermag".

"Dagegen wird die Annahme des Berufungsgerichts, der Beklagte habe den Kläger über die möglichen schädlichen Folgen der Operation hinreichend belehrt, den Grund - sätzen, die der erkennende Senat in fester Rechtsprechung im Anschluß an das Reichsgericht über Bedeutung und Ausmaß der ärztlichen Belehrungspflicht entwickelt hat, nicht gerecht". Aus dem erstellten Gutachten v. 11.8.1955 ist ersichtlich, daß bei Kropfoperationen bis zu 7% einseitige oder doppelseitige Schädigungen des N.recurrens auftreten, ohne daß dabei ein Kunstfehler angenommen werden muß. Bei einer derartigen Häufigkeit hält der Zivilsenat für erforderlich, aufzuklären.

"Die unzureichende Belehrung des Klägers hat zur Folge, daß seine Einwilligung nicht wirksam, die Vornahme der Operation daher rechtswidrig war. Da die mangelhafte Aufklärung dem Beklagten als Fahrlässigkeit zuzurechnen ist, muß er auch für die gesundheitlichen Folgen der Operation einstehen, die nicht auf einen ärztlichen Kunstfehler zurückzuführen sind".

In der Zurückverweisung soll noch geklärt werden, ob, wie der Beklagte behauptet, schon vor der Operation bei dem Patienten Atemnot (durch Tauchkropf) und Posticusparese bestanden haben.

9. Urt.d.BGH v. 9.12.1958 (VI ZR 203/57) (BGHZ 29/46)

Der Patient war chronischer Alkoholiker mit fortschreitendem Verfall seiner Leistungsfähigkeit. Nach einer erfolglosen Alkoholentziehungskur kam er im Sommer 1954 in eine Nervenklinik, wo zunächst eine ebenfalls erfolglose medikamentöse Behandlung durchgeführt wurde. Deshalb wurde von seiten der Ärzte eine Elektroschock-Behandlung vorgeschlagen, und diese Behandlungsmöglichkeit mit den Geschwistern und der Ehefrau des Patienten besprochen, worauf diese ihre Einwilligung gaben. Über den Inhalt des Gesprächs herrscht unter den Parteien Streit. Nach fünf einzelnen Schockbehandlungen, die ordnungsgemäß verliefen, erlitt der Patient bei der am 12.11.1954 durchgeführten 6. und letzten Behandlung einen komplizierten Splitterbruch am linken Oberschenkelhals, der zu einer Verkürzung des Beins und zu einer Pseudoarthrosebildung führte. Es erfolgte Klage wegen unsachgemäßer Behandlung und Verletzung der Aufklärungspflicht.

Nachdem in dem Berufungsurteil dem Schadensersatzanspruch

zunächst teilweise stattgegeben wurde, führte die Revision des beklagten Arztes zur Aufhebung des Urteils und zur Zurückverweisung.

In der Begründung nimmt der Zivilsenat zunächst zum Urteil des Berufungsgerichtes Stellung. Dieses war in der Frage der ärztlichen Aufklärungspflicht den Grundsätzen, die im Urteil des BGH v. 10.7.1954 (S.11) im Anschluß an die Rechtsprechung des RG dargelegt wurden, gefolgt und hat angenommen, der Kläger oder sein gesetzlicher Vertreter hätten über das Risiko der Schockbehandlung unterrichtet werden müssen. Im Folgenden wird angesichts der Kritik aus Ärztkreisen am oben zitierten Urteil erneut ein Blick auf die Frage der ärztlichen Aufklärungspflicht und der Einwilligung geworfen, um zu prüfen "ob und inwieweit ein Anlaß besteht, diesen Fragenkreis, soweit er für die jetzige Entscheidung von Bedeutung ist, anders zu beurteilen, als es die in Rechtsprechung und Rechtslehre vorherrschende Meinung bisher getan hat.

Nachdem zunächst einiges zu den rechtlichen Grundlagen der Aufklärungspflicht gesagt wird, fährt die Urteilsbegründung fort: "Wie weit der Kranke über Ergebnis der Diagnose und Wesen der geplanten therapeutischen Maßnahmen aufzuklären ist, bedarf in dem jetzt zu entscheidenden Fall keiner näheren Untersuchung; denn der Kläger war, wenn man mit dem Berufungsgericht davon ausgeht, daß er geschäftsfähig war, über die Art seiner Erkrankung und zumindest bei Beginn der 6. Elektroschockbehandlung, die zum Schaden führte und daher hier maßgebend ist, auch über das Wesen dieser Behandlung unterrichtet. Die Prüfung kann sich daher auf die am meisten umstrittene Frage beschränken, ob und wie weit die Aufklärung, die der Arzt dem Patienten zu geben hat, sich auch auf die möglichen schädlichen Folgen der Behandlung erstrecken muß". Gegen den aus Ärztkreisen vorgebrachten Einwand, der Patient sei häufig gar nicht in der Lage, besonders auch wegen Beeinträchtigung seiner Gesamtpersönlichkeit durch jede ernstere Erkrankung, sich ein zutreffendes Bild von Art und Folgen der Behandlung zu machen, betont der Senat, daß im angefochtenen Elektroschockurteil der Patient rechtswirksam einwilligen konnte, weil durch seinen Depressionszustand weder seine Urteilsfähigkeit noch seine freie Willensentscheidung beeinträchtigt gewesen sei, und hebt unter Hinweis auf eine Abhandlung von H.GÖPPINGER (5) hervor, daß auch bei psychisch Kranken eine Reihe von Patienten in der Lage seien, eine Willensentscheidung zu fassen, und deshalb rechtswirksam in die Behandlung einzuwilligen. Für den Fall fehlender Willensfähigkeit des Patienten sieht der BGH nun die in vielen Kliniken übliche Einholung

der Einverständniserklärung von den nächsten Angehörigen als nicht ausreichend an. Nur bei "Gefahr im Verzug" kann dieser Weg zur Ermittlung des "mutmaßlichen Willens" des Patienten von Bedeutung sein. "Wenn keine Gefahrenlage den sofortigen oder alsbaldigen Eingriff notwendig macht, so ist zu fordern, daß für den Patienten ein Pfleger bestellt wird, der an Stelle des Kranken entscheidet, ob der vorgesehene ärztliche Eingriff durchgeführt wird".

Hinsichtlich der bei GÖPPINGER erörterten Bedeutung des Rechtsverhältnisses zwischen Arzt und Patient zur Beurteilung der ärztlichen Aufklärungspflicht meint der BGH in seiner weiteren Ausführung, daß das für diese Frage nicht von ausschlaggebender Bedeutung sei. "Denn unabhängig von der rechtlichen Wertung dieses Verhältnisses wird und darf der Richter bei Prüfung dieser Frage den Arzt und den Patienten nicht nur als die Partner eines bürgerlich-rechtlichen Vertrages sehen. Will er über Art und Umfang der vom Arzt zu fordernden Aufklärung Klarheit gewinnen, so muß er alle Umstände des Einzelfalles heranziehen und berücksichtigen". Bezüglich des Umfangs der ärztlichen Aufklärungspflicht wird dann gesagt, daß der Kranke, der den Arzt aufsucht oder sich in die Klinik begibt, von vorneherein schon "in gewissem Umfang" auch mit den ärztlicherseits gebotenen Eingriffen einverstanden sein wird. "Daraus ist aber nicht zu folgern, daß er deswegen keinen Wert darauf lege, in großen Zügen über die vorgesehene Behandlung, den üblichen Verlauf, den zu erwartenden Erfolg und auch über etwaige Gesundheitsschädigungen unterrichtet zu werden, die diese Behandlung mit sich bringt".

Au den Befürchtungen der Ärzteschaft, daß eine unbeschränkte Aufklärung über mögliche Komplikationen, den an sich Behandlungswilligen psychisch Kranken so abschrecken und verängstigen würde, daß er in den meisten Fällen seine Zustimmung zur Schockbehandlung verweigern und sich damit der Heilchancen berauben würde, stellt das Urteil fest: "Ist bei einer Aufklärung des willensfähigen Kranken keine Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes oder des Heilerfolgs zu befürchten, sondern nur mit der ernsthaften Möglichkeit zu rechnen, daß der Kranke seinen eigentlichen Interessen zuwider die Einwilligung in die Behandlung verweigert, so enthebt das den Arzt nicht der Pflicht, den Patienten auf die typischen Gefahren der Behandlung hinzuweisen". Zu der weiteren von den Ärzten angeschnittenen problematischen Frage, "ob und wie weit die Pflicht zur Aufklärung anderen Pflichten und Interessen weichen muß, wenn bei der Persönlichkeit des Kranken und bei seinem psychischen Zustand ernste Bedenken gegen eine Aufklärung bestehen, besonders wenn durch die Aufklärung die Gesundheit oder gar das Leben des Patienten gefährdet wird", antwortet das Urteil mit der Feststellung: "Soweit durch die Aufklärung die Stimmung und das Allgemeinbefinden des Patienten herabge-

drückt werde, handle es sich um unvermeidbare Nachteile, die in Kauf genommen werden müßten." Damit wird aber nicht gesagt, daß eine restlose Aufklärung auch dann zu verlangen sei, wenn durch sie das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernsthaft gefährdet würden. Das hat der Senat inzwischen auch in seinem Urteil vom 10.2.1956 (S.12) ausgesprochen. Allerdings ist in diesem Urteil aber auch gefordert worden: "Hat ein Arzt nicht auf die typischen Gefahren eines Eingriffs hingewiesen, so ist es seine Aufgabe darzutun, daß triftige Gründe für das Unterlassen der Aufklärung gegeben waren."

Weiterhin wird dann erwähnt, unter welchen Umständen und bei welchen Folgen aufzuklären ist. "Nach dem Urteil d. BGH kommt eine Aufklärung nur bei typischen Gefahren einer Behandlung, also bei Gefahren in Betracht, die mit ihr verbunden zu sein pflegen und mit deren Eintreten nach dem Stande ärztlicher Erfahrung und Wissenschaft gerechnet werden muß." Es wird dazu noch erläuternd gesagt, daß damit keineswegs verlangt werde, über Gefahren aufzuklären, "deren Abwendung beim gegenwärtigen Stand der Operationstechnik ohne nennenswerte Schwierigkeiten möglich ist, und außerdem muß nicht darauf aufmerksam gemacht werden, daß auch die geringfügigsten operativen Eingriffe unter ungünstigsten Verhältnissen trotz Beachtung aller Vorsichtsmaßnahmen zu irgendwelchen Komplikationen führen können."

Im Abschnitt III werden dann diese Grundsätze auf den hier in Rede stehenden Sachverhalt angewendet und untersucht, ob auf Grund des eingeholten Gutachtens und der diesbezüglichen Ausführungen PERRETS (23) eine Aufklärungspflicht bestanden hat. Während der BGH in seinem früheren Urteil auf Grund der vorliegenden Gutachten zum Zeitpunkt der Behandlung im Jahre 1951 bei Elektroschockbehandlung in 7% Komplikationen feststellte und damit eine Aufklärungspflicht in der Regel als erforderlich ansah, hatte hier der Beklagte übereinstimmend mit verschiedenen Ärzten geltend gemacht; "die Schockbehandlung sei, wie fast jedes therapeutische Vorgehen mit wachsender Erfahrung und mit Verbesserung der technischen Durchführung ungefährlicher geworden. Komplikationen seien schon seit längeren, jedenfalls im Jahre 1954, nur noch äußerst selten gewesen und in weniger als einer von tausend Schockbehandlungen aufgetreten. Dieser Einwand ist erheblich, denn es ist richtig, daß die Gefährlichkeit eines Eingriffs nicht nach der Häufigkeit der Komplikationen beurteilt werden kann, die in den Anfangszeiten einer neuen Therapie beobachtet wurden, als es noch an den nötigen Erfahrungen fehlte.

Maßgebend ist vielmehr der Stand der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung, wie er sich im Zeitpunkt der jeweils zu beurteilenden ärztlichen Behandlung

ergibt. (Ebenso Friedrich, VersR 1954, 381 und 362)" Diesen Umstand hat das Berufungsgericht bereits gewürdigt, doch hat es fälschlicherweise angenommen, daß so selten auftretende Schäden nicht mehr als typisch zu bezeichnen seien. Dagegen wird hier betont, daß auch nur äußerst selten auftretende Komplikationen doch typisch sind, wenn sie nur bei dieser Behandlungsart, dagegen nicht bei anderen auftreten. Dessenungeachtet bedarf es aber auch über "typische" Schäden einer Behandlung keine Aufklärung, "wenn sie nur in entfernt seltenen Fällen auftreten und anzunehmen ist, daß sie bei einem verständigen Menschen für seinen Entschluß, in die Behandlung einzuwilligen, nicht ernsthaft ins Gewicht fallen."

"In der neuen Verhandlung wird das Berufungsgericht aufzuklären haben, wie häufig bis zum November 1954 bei Elektroschockbehandlung mit dem Siemens-Konvulsator III Komplikationen aufzutreten pflegten. Dabei wird es in erster Linie auf die Erfahrungen ankommen, die bis zu diesem Zeitpunkt in der Klinik, in welcher der Kläger behandelt wurde, mit diesem Gerät gemacht worden sind."

10. Urt. d. BGH v. 19.12.1953

(VersR 1959/301)

Bei der Punktion des Trommelfells waren Otit. med. cat. im hinteren oberen Quadranten an typischer Stelle kam es in Folge Reizung des Gleichgewichtsorgans zu einer schlagenden Bewegung des Patienten, wodurch eine erhebliche Verletzung des Labyrinths verursacht wurde. In den Vorinstanzen erfolgte Klageabweis, die Berufung des Patienten hatte keinen Erfolg.

In der Begründung geht es hauptsächlich um den Ausschluß eines Kunstfehlers. Nach dem Gutachten handelt es sich bei der durch die Punktion verursachten Verletzung des Gleichgewichtsorgans um einen "Unglücksfall" von extremer Seltenheit, der auch den sorgfältigsten Arzt treffen und von ihm nicht vorausgesehen werden könne." Aus diesem Grund wird auch im vorliegenden Fall eine Aufklärungspflicht verneint.

11. Urt. d. BGH v. 15.1.1959 (I ZR 173/57 Düsseldorf)
(BGHZ 20/176)

Die 48jährige Patientin wurde wegen unregelmäßiger Blutungen von ihrem Frauenarzt mit der Mitteilung, sie habe eine Gebärmutterentzündung, die in Krebs ausarten könne, in die Frauenklinik überwiesen. Dort wurde ein Gebärmutterhalskrebs I. Grades festgestellt, und der Patientin die Totaloperation vorgeschlagen, worin sie auch einwilligte. Nach der Bestrahlung zur Operations-

vorbereitung hielten es die Ärzte bei angeblich veränderten, ungünstigerem Befund für indiziert, anstatt der Operation lieber zu bestrahlen, wobei eine Serie von Röntzentiefbestrahlungen und eine 40stündige Radiumeinlage vorgesehen waren. Letztere mußte aber schon nach 27 Stunden wegen Fieber und Schmerzen entfernt werden. Nach einem Jahr traten Rückenschmerzen und Nierenkoliken auf; es wurden Harnstauungsniere festgestellt, zu deren Entlastung eine Verpflanzung beider Ureteren in den Mastdarm notwendig war. Seither leidet die Patientin an rezidivierenden Schmerzen und Harnwegsinfektion, sowie unzureichender Kontrolle der Harnentleerung. Neben dem Vorwurf unsachgemäßer, weil mit zu hoher Strahlendosis vorgenommener Behandlung wirft die Patientin den beklagten Ärzten auch eine Vernachlässigung der Aufklärungspflicht vor.

Das Landgericht hat den Klageanträgen teilweise stattgegeben; die Berufung und die Revision der Beklagten hatten dagegen keinen Erfolg.

Nachdem zunächst auch hier die rechtlichen Grundlagen der ärztlichen Aufklärungspflicht dargelegt werden, geht die Urteilsbegründung dann auf deren Art und Umfang ein. So wird für eine wirksame Einwilligung gefordert, "daß der Patient Art, Bedeutung und Folgen des Eingriffs, wenn auch nicht in allen Einzelheiten, so doch in seinen Grundrügen erkannt hat. Zutreffende Vorstellungen über Wesen und Tragweite eines ärztlichen Eingriffs kann sich ein Kranker regelmäßig nur bilden, wenn ihm vom Arzt das Wesentliche über die vorgesehene Behandlung mitgeteilt wird, es sei denn, er wäre mit den Gefahren der einschlägeren Behandlungsmethode vertraut." Die behandelnden Ärzte haben hier aber nichts dafür dargelegt, daß die Patientin sich der Tragweite einer Radium-Röntgen-Bestrahlung bewußt gewesen wäre und die damit verbundenen Gefahren in Kauf genommen hätte. Auch konnte das Gesamtverhalten der Klägerin "unter Berücksichtigung der Verkehrsansehungs- und der besonderen Umstände des Falles" nicht so gedeutet werden, als seien der Patientin die mit der Bestrahlungstherapie verbundenen Gefahren in großen Zügen bekannt." Daher kann die Tatsache, daß die Klägerin die Bestrahlung ohne Widerspruch hingenommen hat, nicht als rechtswirksame Einwilligung angesehen werden. Des weiteren wird unter Hinweis auf die Urteile des BGH v. 11.4.1956 (S.14) und v. 9.12.1958 (S.18) erneut formuliert: "Maß und Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht werden mitbestimmt von der Häufigkeit und Schwere auftretender Komplikationen, somit von dem Grad der Gefährlichkeit des Eingriffs." Dabei ist über solche Gefahren aufzuklären, "mit deren Eintreten nach dem Stande ärztlicher Erfahrung und Wissenschaft gerechnet werden muß."

Im folgenden wird festgestellt, daß, wie schon im Urteil des BGH v. 9.12.1958 (S.18) nicht verkannt wurde, "eine Aufklärung des Patienten über mögliche schädliche Folgen einer Heilbehandlung nicht erforderlich ist, wenn Schäden nur in äußerst seltenen Fällen auftreten und anzunehmen ist, daß sie bei einem verständigen Patienten für seinen Entschluß, in die Behandlung einzuwilligen, nicht ernsthaft ins Gewicht fallen." Ein solcher Fall sei aber hier nicht gegeben. Nachdem, laut Gutachten, in 5 bis 6%, nach Ansicht eines Sachverständigen sogar noch häufiger, mit Komplikationen gerechnet werden muß, ist die Ansicht gerechtfertigt, "daß die Behandlung eines Gebärmutterkrebses mit Röntgenstrahlen und Radiumeinlagen typische und nicht nur ganz selten auftretende Gefahren mit sich bringt, über welche die Klägerin von den Ärzten hätte aufgeklärt werden müssen."

Ob gegebenenfalls aus triftigen Gründen von der Aufklärung abgesehen werden kann, wurde hier nicht erörtert, nachdem im vorliegenden Fall kein Anhalt dafür bestand, daß die Patientin bei einer Unterrichtung durch die Ärzte Schäden an ihrer Gesundheit erlitten hätte. Ihr ist ja schon vor ihrer Einweisung in die Frauenklinik von ihrem Arzt eröffnet worden, sie habe eine Gebärmutterentzündung, die in Krebs ausarten könne, und sie hat auch in die zunächst vorgesehene Totaloperation eingewilligt. Somit muß sie sich des Ernstes ihrer Erkrankung bewußt gewesen sein. Außerdem wird erneut betont, "daß es Aufgabe des Arztes ist, die Gründe darzutun, die das Unterlassen der Aufklärung rechtfertigen."

Bezüglich des Vorwurfs der Revision, es seien die Besonderheiten einer Krebserkrankung nicht berücksichtigt worden, führt das Urteil aus: "es werde vom Zweit- und Drittbeklagten gar nicht gefordert, daß sie ihre Diagnose 'Krebs' der Klägerin mitteilten, wenn diese sich nicht selbst nach dem Ergebnis der Untersuchung erkundigte. Es habe vielmehr genügt, der Klägerin zu erklären, daß bei der Strahlenbehandlung Blase und Nieren nachteilig beeinflusst und daß damit zusammenhängende unangenehme Dauerbeschwerden nicht ausgeschlossen werden könnten." "Da die Patienten sich in ihrem Wesen und nach ihrem Bildungsgrad weitgehend von einander unterscheiden, ist es angebracht und zulässig, den einzelnen auch in verschiedener Art und Weise über Krankheit und Heilbehandlung aufzuklären. In soweit steht dem Arzt ein angemessener Spielraum zur Verfügung."

Auf den weiteren Einwand der Revision, daß bei Mitteilung solch nachteiliger Folgen der Behandlung die Patientin niemals damit einverstanden gewesen wäre, ohne den Ernst ihrer Erkrankung zu kennen und man deshalb gezwungen gewesen sei, diese aus medizinischen und menschlichen Gründen unmögliche Eröffnung der Krebserkrankung zu machen,

antwortet das Urteil, daß es nicht immer nötig sei, unvermittelt die "nackte Krebsdiagnose" mitzuteilen, gibt aber andererseits zu bedenken: "Läßt sich aber, um die Einwilligung des Kranken in eine notwendige Behandlung zu erhalten, die Bekanntgabe des Krebsbefundes nicht vermeiden, so darf der Arzt hiervon nicht zurückschrecken. Nur in den besonderen Fälle, daß die mit der Aufklärung verbundene Eröffnung der Natur des Leidens zu einer ersten und nicht behebbaren Gesundheitsschädigung des Patienten führen würde, könnte ein Absehen von der Aufklärungspflicht gerechtfertigt sein." Dabei müßte der Arzt versuchen, den mutmaßlichen Willen des Patienten gegebenenfalls auch durch Befragung der Angehörigen zu ermitteln. In einer zitierten Entscheidung des Reichsgerichts wird zwar eingeräumt, es sei höchst unerwünscht, dem Kranken eine Vorstellung von der Natur eines Krebsleidens zu vermitteln, aber andererseits auch betont, daß eine solche Mitteilung nicht zu umgehen sei, wenn sie erforderlich ist, um eine wirksame Einwilligung, also eine Einwilligung herbeizuführen, die auf zutreffenden Vorstellungen des Patienten über Art und Folgen des Eingriffs beruht."

Auch der Einwand der Revision, die Operation, zu der eine Einwilligung der Patientin vorlag, hätte zu denselben Folgen wie die Strahlenbehandlung führen können, wird als hypothetisch abgelehnt. "Daß die Klägerin auch bei sachgemäßer Beratung über die Vor- und Nachteile der beiden in Betracht kommenden Behandlungsmethoden in die Röntgenbestrahlung eingewilligt hätte, hat das Berufungsgericht nicht feststellen können. Ist es aber ungewiß, wie der Patient - vor die Wahl der Behandlungsart gestellt - sich entschieden und ob er die Einwilligung zu einem gefährlichen Eingriff erteilt hätte, so muß dies zu Lasten des ohne wirksame Einwilligung handelnden Arztes gehen."

12. Urt. d. BGH v. 26.1.1959 (III ZR 213/57 Celle) (VersR 1959/355)

Ein 10jähriger Bub wurde am 16.10., 26.10. und 4.12.1951 vom stellvertretenden Amtsarzt gegen Diphtherie und Scharlach geimpft. Hierzu erhielten die Kinder durch den Lehrer einen Merkzettel über die freiwillige Schutzimpfung für die Eltern. Anfang 1952 kam es bei dem Buben zu einem zunehmenden Muskelschwund an Armen und Beinen, weshalb verschiedene Untersuchungen und Behandlungen nötig waren. Als Folge besteht eine erhebliche Körperbehinderung.

Das Landgericht hat die Schadenersatzklage wegen ungenügender Aufklärung der Eltern über die Freiwilligkeit der Impfung auf Grund eines eingeholten Gutachtens abgewiesen. Das OLG hat dann das beklagte Land, in dessen Auftrag der Amtsarzt die Impfung durchführte, verurteilt, seine Revision hatte keinen Erfolg.

In der Urteilsbegründung wird festgestellt, der betreffende Arzt "habe den Eingriff (durch die Impfung) auf

seine Zulässigkeit zu prüfen gehabt. Er hätte also die Eltern der zu impfenden Kinder in sachgemäßer Form über die näheren Umstände, vor allem aber über die Freiwilligkeit der Impfung aufklären müssen, damit diese sich hätten frei entschließen können.

Dem Einwand der Revision, es komme für die Frage, ob die Eltern unter einem Gewissenszwang gestanden hätten, darauf an, wie die breite Öffentlichkeit auf die Ankündigung der Schutzimpfung reagiert habe, wird mit der Feststellung begegnet, daß es vielmehr entscheidend sei, "ob gerade den Eltern des Klägers die Freiwilligkeit der Impfung bekannt war." Es ist dagegen unerheblich, "ob und wieviele andere Eltern in etwaiger Kenntnis der Freiwilligkeit ihre Kinder nicht zur Impfung geschickt haben". Daß der Vater des Kindes auch bei Kenntnis der Freiwilligkeit der Impfung dieser zugestimmt hätte, kann dem beklagten Arzt nicht zur Entlastung gereichen, denn: "... die Rechtswidrigkeit kann aber durch die hypothetische Zustimmung des Berechtigten nicht beseitigt werden."

13. Urt.d.BGH v. 10.2.1959 (5 StR 533/58) (NJW 1959/825)

Ein 17jähriges Mädchen, welches wegen Erkältung und Schmerzen im Unterbauch den Hausarzt aufsuchte, wurde von diesem mit Verdacht auf Appendicitis zur Beobachtung in die Klinik des beklagten Arztes eingewiesen. Dieser dachte an ein Intervall nach einer akuten Appendicitis und nahm, obwohl er die Entfernung des Blinddarms nur für "gegeben" und nicht für "erforderlich" hielt, trotz gebesserten Allgemeinzustands der Patientin, eine kunstgerechte Appendektomie vor. Dabei hatte er es vorher unterlassen, die Anamnese zu erheben, weitere Untersuchungen durchzuführen und eine rechtswirksame Einwilligung einzuholen. Eine Krankenschwester hatte den Eltern lediglich mitgeteilt, es gehe der Tochter wieder besser. Auf die Frage der Mutter, ob dann vielleicht die vorgesehene Operation entfalle, antwortete sie, das müsse dem Arzt überlassen bleiben. Infolge fehlender Anamnese wußte der Arzt nicht, daß vor zweieinhalb Jahren bei einer Mandeloperation bereits ein "nicht erwartungsgemäßes Ansprechen" der Patientin auf blutgerinnende Medikamente festgestellt worden war. Die Blutungs- und Gerinnungszeit lagen damals "an der oberen Grenze der Norm". Am Morgen nach der Blinddarmoperation kam es zu einer Blutung aus dem Darm, die trotz Gaben von Clauden nicht ganz zum Stehen kam und sich nachmittags wieder verstärkte. Zur Kreislaufauffüllung wurde Periston infundiert. Die Patientin war sehr blaß und gegen Abend kaum noch ansprechbar. Sie stand in ihrer Verwirrung auf, brach infolge Kreislaufkollaps zusammen und es kam zu einer erneuten schweren Blutung aus dem Mastdarm. Es wurden wieder Clauden, Periston, Cardiazol, Sympatol und Kampher gegeben. Erst jetzt ließ der Arzt die Eltern verständigen, wobei er trotz Blutung aus dem Mastdarm den Verdacht einer Tubengravidität

äußerte. Das Anerbieten des Vaters, als Träger der Blutgruppe 0 für eine sofortige Transfusion zu spenden, wurde ebenso abgelehnt wie die dringend gewünschte Zuziehung eines anderen Arztes. Am anderen Morgen starb die Patientin trotz weiterer Durchführung blutstillender und kreislaufstützender Therapie.

Die Strafkammer hat den angeklagten Arzt, gegen den das Verfahren wegen fahrlässiger Tötung eröffnet worden war, nur wegen fahrlässiger Körperverletzung verurteilt, da auf Grund des hämatologischen Sachverständigengutachtens nach ihrer Meinung kein genauer Ursachenablauf feststehe. Die Revision der Staatsanwaltschaft und der Eltern des Kindes als Nebenkläger haben Erfolg.

In der Begründung wird ausgeführt, daß die Beurteilung des Sachverhalts von dem Unterschied zwischen einem "erforderlichen" und einem "nicht erforderlichen" ärztlichen Eingriff ausgehen müsse. "Dieser Unterschied spielt eine Rolle zunächst für die Einwilligung des Kranken (oder seines Erziehungsberechtigten) und für die Sorgfalt, mit der ein Arzt bei der Einholung dieser Einwilligung verfahren und mit der er sich über ihr Vorliegen, ihre Wirksamkeit und ihren Umfang vergewissern muß. Hat der Arzt einen Patienten vor sich, dessen Leben nach seiner ärztlichen Ansicht bedroht ist, wenn er ihn nicht sofort operiert, so braucht er mit der Einwilligung nicht viel Umstände zu machen. Er wird unter solchen Umständen die Einwilligung einfach darin erblicken dürfen, daß der Kranke bei ihm zur Behandlung erscheint, oder doch darin, daß er der ihm mitgeteilten Operation nicht widerspricht. Dies mag in solchen Fällen sogar dann gelten, wenn der Kranke minderjährig ist. Es kommt auf die Urteilskraft des Patienten an. Auch einem Minderjährigen kann je nach den Umständen hinreichendes Verständnis zugetraut werden, um das Für und Wider verständig gegeneinander abzuwägen und die Tragweite seiner Einwilligung zu erkennen, wenn es um die sofortige Notwendigkeit eines lebensrettenden Eingriffs geht."

Hier dagegen lag keine bedrohliche Situation vor; es bestand keine unmittelbare Gefahr für Leben und Gesundheit, es hätte also die Patientin unbedingt in die Lage versetzt werden müssen, das Für und Wider des Eingriffs genau zu beurteilen und gegeneinander abzuwägen. "Das würde voraussetzen, daß ein Arzt (und nicht etwa eine Krankenschwester) dem Einwilligungsberechtigten die Gründe und Gegengründe eingehend auseinandersetzt, ihm Gelegenheit zu weiteren Fragen und Zeit zu ruhiger Überlegung gibt. Zu den Gegengründen gehört vor allem die Sterblichkeitsrate bei solchen Eingriffen. Ist ein Eingriff, der nicht ungefährlich ist, nicht nötig, so muß das dem Einwilligenden gesagt werden." - "Nicht jeder setzt sich außer schmerzhaftem Krankenlager und geldlichen Opfern einer auch nur entfernten eines tödlichen Ausgang aus, nur um vor künftigen Blinddarmentzündungen geschützt zu sein,

die vielleicht gar nicht eintreffen. In diesen Fällen muß sich der Arzt auch stets persönlich mit den Erziehungsberechtigten in Verbindung setzen." Es wird weiter ausgeführt, daß dem Arzt der gesamte Tatbestand, aus dem sich seine strafrechtliche Verantwortung ergibt, zweifelsfrei bekannt war, und ein Irrtum höchstens darüber bestanden haben könnte, unter welchen Voraussetzungen die elterliche Einwilligung einen Rechtfertigungsgrund für ihn abgeben konnte. "Das war ein Verbotsirrtum, der nichts daran ändert, daß der Angeklagte nach den bisherigen Feststellungen der vor-sätzlichen und nicht der fahrlässigen Körperverletzung schuldig ist."

14. Urt. d. BGH v. 10.7.1959.

(VersR 1959/765)

Eine schizophrene Kranke wurde von ihrer Mutter als dem gesetzlichen Vormund in ein Nervenkrankenhaus zur Behandlung gebracht. Durch eine Elektroschock-Behandlung fand sie wieder ihre Sprache, die sie vorher völlig verloren hatte. Gleichzeitig kam es zu starken Erregungszuständen, die auch eine länger dauernde Fesselung mit Ledermanschetten an beiden Handgelenken erforderlich machten. Als Folge dieser Fixierung kam es zu tiefer gehenden Fleischwunden und zu einer Schädigung des N. medianus rechts. Die vom Berufungsgericht ausgesprochene Verurteilung zu Schadensersatz kann aus folgenden Gründen nicht aufrecht erhalten werden: Zwar ist Freiheitsberaubung ohne Zustimmung des Betreffenden oder seines gesetzlichen Vormunds widerrechtlich; "ist ein Patient aber wegen einer geistigen Erkrankung in eine Krankenanstalt aufgenommen, und unter rechtmäßigen Freiheitsentzug gestellt worden, so ist es im wesentlichen eine Frage ärztlicher Indikation, welche Behandlung hier bei ihm angewendet wird." Eine über die allgemeine Anstaltsaufbewahrung hinausgehende Einengung der körperlichen Bewegungsfreiheit wäre natürlich auch rechtswidrig, sofern nicht der Rechtfertigungsgrund der Notwehr (§ 227 BGB) eingreift. "Im übrigen greifen aber die Grundsätze ein, nach denen sich allgemein die Rechtmäßigkeit ärztlicher Eingriffe beurteilt. Danach ist davon auszugehen, daß, wer ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt, um von einem Leiden befreit zu werden, damit sein Einverständnis mit einer zur Behebung oder Milderung des Leidens geeigneten Behandlung zu erkennen gibt. Nur soweit Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit des Kranken oder Maßnahmen in Betracht kommen, die nicht leichtzunehmende Gefahren in sich bergen, ist eine wirksame Einwilligung nicht schon gegeben, wenn nicht der Kranke oder sein gesetzlicher Vertreter über Wesen, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs in großen Zügen aufgeklärt und über die nach ärztlicher Erfahrung typischen und nicht äußerst selten eintretenden gesundheitsschädigenden Folgen der vorgesehenen Maßnahmen ins Bild gesetzt worden ist."

Eine solche einem operativen Eingriff vergleichbare Maßnahme lag aber hier nicht vor, da bei der ärztlich indizierten Fixierung nicht mit ähnlichen Gefahren gerechnet werden mußte. "Brauchen solche Befürchtungen aber nicht gehegt zu werden oder liegen sie so weit ab, daß sie bei einem verständigen Vormund des entmündigten Pat. für die Einwilligung in die vorgesehenen Maßnahmen nicht ernsthaft ins Gewicht fallen, so liegt die ärztlich indizierte Fixierung des Kranken im Rahmen der Behandlungsmaßnahmen, die in aller Regel mit der Einlieferung des Patienten in die Krankenanstalt in das pflichtbewußte, auf die Erkenntnisse und Lehren der ärztlichen Wissenschaft gegründete Befinden des behandelnden Arztes gestellt werden."

15. Urt.d.BGH v.20.10.1959 (VI ZR 166/58 Hamburg)(VersR 1959/1045)

Der an Ischias leidende Patient wurde von seinem Hausarzt wegen Verdacht auf Bandscheibenvorfall im Jahre 1947 in das Krankenhaus des inzwischen verstorbenen Chefarztes überwiesen. Ein dort zugezogener neurologischer Konsiliarius bestätigte die Diagnose und so wurde im September 1947 vom beklagten Chefarzt die Operation an der Wirbelsäule des Patienten durchgeführt, wobei es zu einer starken venösen Blutung kam; nachdem sich kein Bandscheibenvorfall ergeben hatte, wurde wieder geschlossen. Als Folge des Eingriffs kam es zu fortschreitenden neurologischen Ausfallerscheinungen am rechten Bein und schließlich zur Geschwürsbildung, die eine Amputation zunächst des Unterschenkels, dann auch des Oberschenkels notwendig machte.

In den Vorinstanzen erfolgte Verurteilung zu Schadenersatz. Die Revision des Beklagten führte zur Abweisung des Schmerzensgeldanspruches und im übrigen zur Zurückverweisung mit folgender Begründung:

Den Gesichtspunkt der unzureichenden Aufklärung des Patienten, auf den sich das Berufungsurteil allein stützt, hält der erkennende Senat nicht als hinreichend dargelegt, so daß möglicherweise der Umfang der erforderlichen Aufklärung verkannt worden ist. Das Berufungsgericht habe nämlich außer Acht gelassen, daß der Grad der Gefährlichkeit eines Eingriffs, nach dem sich Maß und Umfang der Aufklärung richten, nicht nur durch die Schwere, sondern auch durch die Häufigkeit auftretender Komplikationen bestimmt wird. Das angefochtene Urteil läßt auch die durch die eingeholten Gutachten möglich erscheinende Tatsache offen, daß die trophoneurotischen Störungen, soweit sie durch den Eingriff verursacht waren, "eine zwar nicht immer vermeidbare, aber äußerst seltene und zudem innerhalb des allgemeinen Operationsrisikos liegende Komplikation darstellen." Es muß also tatrichterlich noch untersucht werden, ob es sich bei den Folgeerscheinungen "um eine außerhalb des allgemeinen Operationsrisikos liegende typische Komplikation

handelt, mit deren Eintreten nach dem Stande ärztlicher Erfahrung und Wissenschaft zu rechnen war. Dabei ist insbesondere auch zu berücksichtigen, daß sich das Ausmaß der einem Chirurgen im Jahre 1947 obliegenden Aufklärungspflicht nur nach den Erkenntnissen und Erfahrungen bestimmen kann, wie sie ihm damals zu Gebote standen."

"Wenn daher im Jahre 1956 die Patienten der Chirurgischen Universitätsklinik vor Operationen, bei denen das Rückenmark freigelegt wird, auf die Möglichkeit von unglücklichen Zwischenfällen, insbesondere durch Blutungen, hingewiesen werden, so kann daraus nicht ohne weiteres geschlossen werden, daß eine Pflicht zu solcher Aufklärung den Allgemeinchirurgen im Jahre 1947 traf."

16.Urt.d.BGH v. 10.7.1959

(VersR 1959/801)

Infolge einer traumatisch bedingten Netzhautablösung begab sich der Patient in die Behandlung des beklagten Arztes. Ein auswärtiger Spezialist, ein Bekannter des Patienten, wurde auf dessen Wunsch konsiliarisch zugezogen und stellte zusammen mit dem Arzt den Therapieplan auf, weil eine sofortige vom Patienten gewünschte Überführung in die Klinik des Spezialisten wegen nachteiliger Wirkung auf das Augenleiden unmöglich war und erst nach einiger Zeit konservativer Therapie durchgeführt werden sollte. Da es zu keiner wesentlichen Besserung kam, nahm der Arzt, ohne vorherige Rücksprache mit dem Konsiliarius und ohne vorherige Aufklärung des Patienten an diesem eine Glaskörperabsaugung vor, die zur intraokularen Infektion und damit zur Erblindung führte.

Es erfolgte die Verurteilung des Arztes zu Schadenersatz, seine Revision hatte keinen Erfolg.

Die Begründung hält für diese Maßnahme unbedingt eine angemessene Aufklärung für erforderlich. Einerseits sei von dem Behandlungsplan des dem Patienten bekannten Spezialisten abgegangen worden, auf den der Patient sein Vertrauen gesetzt hatte und der seinerseits die Operation zu gebotener Zeit vornehmen sollte; andererseits sei die Glaskörperabsaugung auch in Fachkreisen umstritten und mit nicht unerheblichen Gefahren belastet, besonders auch dadurch, daß der beklagte Arzt einen solchen Eingriff bisher noch nicht selbst vorgenommen hatte. Darüber hinaus mußte gerade durch die Ausschaltung des Konsiliarius bei dem Kläger der Eindruck entstehen, der Eingriff sei harmlos und nicht weiter erörterungsbedürftig. Der Patient wurde also vom beklagten Arzt über die Voraussetzungen seiner Operationseinwilligung im Unklaren gelassen. Somit muß die Folgerung des Berufungsgerichts anerkannt werden, daß eine wirksame Einwilligung des Patienten nicht vorlag, und daß die Vornahme der Operation zugleich einen Verstoß gegen den Arztvertrag darstellt.

Bezüglich der Vorbringung des beklagten Arztes, daß die Erblindung auch ohne Operation auf Grund der akuten Augen-

erkrankung eingetreten wäre, stellt das Gericht fest, daß der Arzt für diesen Einwand beweispflichtig sei.

17. Urt.d.BGH v.22.12.1959

(VersR 1960/475)

Wegen einer seit ihrem 19. Lebensjahr bestehenden Lungentuberkulose wurde bei der Patientin wiederholt ein Pneumothorax angelegt. Als es zu einer Reaktivierung des Krankheitsprozesses kam, wurde der Patientin zur Liquidation des vor drei Jahren angelegten und nicht mehr voll wirksamen Pneumothorax, sowie zu einer Spitzenoperation geraten, die sie zunächst ablehnte. Nach 2 Jahren wurde dann der Pneumothorax in einer Heilstätte liquidiert und eine Phrenicusquetschung vorgenommen, worauf die Patientin mit 50%iger Erwerbsminderung entlassen wurde. Als Folge der Phrenicusquetschung kam es zu einer dauernden Zwerchfelllähmung. Nach einem Jahr wurde in einem Krankenhaus noch eine Thorokoplastik durchgeführt. Nach Klageabweisung durch die Vorinstanzen führte die Revision der Patientin zur Aufhebung und Zurückverweisung.

Bezüglich der Aufklärungspflicht wird in der Begründung ausgeführt: "War die Sachlage aber so, daß es fraglich erscheinen konnte, ob die Operation notwendig oder vermeidbar und ob ihrer Vornahme oder Unterlassung der Vorzug zu geben sei, so hätte der Klägerin dies nicht verborgen gehalten werden dürfen." "Daß die Phrenicusoperation eine vorübergehende Stilllegung der Zwerchfellatmung bezweckte und zur Folge haben würde, war der Klägerin zwar nach dem Zusammenhang ihres Vorbringens nicht unbekannt." Da aber beim gegenwärtigen Stand des Verfahrens der hier aufgetretene dauernde Funktionsausfall nicht auszuschließen war, fragt es sich, ob die Klägerin nicht auch über derartige Folgen hätte belehrt werden müssen. Grundsätzlich "ist davon auszugehen, daß die Einwilligung eines Patienten in eine Heilbehandlung nicht weiter reicht als die Vorstellung von den möglichen Folgen, die er mit der Einwilligung auf sich nimmt."

Nachdem die Sachverständigen davon gesprochen haben, daß es "wenn auch verhältnismäßig selten" vorkomme, daß der Phrenicus seine Funktion nicht mehr aufnimmt und die Zwerchfellatmung nicht mehr in Gang kommt und "dieses Ereignis zum operativen Eingriff in einem "Zusammenhang typischer Art " steht, so träfe auch hier die Forderung zu: "Über typische und nicht äußerst selten eintretende gesundheitsschädigende Folgen eines vorgesehenen Eingriffs muß der Patient aber von dem behandelnden Arzt ins Bild gesetzt werden, wenn seine Einwilligung in den Eingriff wirksam sein soll."

Nachdem aber im bisherigen Rechtsstreit die Häufigkeit solcher Folgen nicht genau festgestellt worden war, wurde zurückverwiesen, um in weiterer tatrichterlicher Erörterung und Prüfung festzustellen, ob auf Grund der ermittelten Häufigkeit obige Aufklärungsgrundsätze zutreffen.

18. Urt.d.BGH v.22.1.1969 (VI ZR 121/58) (VersR 1960/416)

Ein Kind wurde wegen Scharlach in die Infektionsabteilung eines Kreiskrankenhauses eingewiesen. Dort befand sich auch ein an offener Tuberkulose erkrankter Jugendlicher, der sich nicht an die von den Ärzten angeordneten Isolierungsmaßnahmen hielt, so daß es zu einer Infektion des an Scharlach erkrankten Kindes kam.

Dem Stationsarzt wird neben mangelnder Sorgfaltspflicht vorgeworfen, er hätte die Eltern des Kindes auf die mit der Unterbringung in der Station verbundene Gefahr einer Ansteckung mit Tuberkulose hinweisen müssen.

In den Vorinstanzen kam es zur Verurteilung. Die Revision der Beklagten führte zur Aufhebung und Zurückverweisung.

In der Begründung wird festgestellt: "Der behandelnde Krankenhausarzt hat unabhängig von dem Bestehen vertraglicher Beziehungen allein auf Grund seines ärztlichen Berufes die Pflicht, die Eltern eines in das Krankenhaus eingelieferten, für Infektionen besonders anfälligen Kindes, auf eine bestehende hohe Ansteckungsgefahr hinzuweisen." "Ob die Unterlassung der Warnung für den eingetretenen Schaden ursächlich war, bedarf noch tatrichterlicher Feststellungen, zu denen das Revisionsgericht nicht in der Lage ist."

19. Urt.d.BGH v.20.12.1960 (VI ZR 45/60 Celle) (NJW 1961/261)

Bei einem Oberschenkelquerbruch wurde nach einer Röntgenaufnahme eine sofortige Extension und Schienung in Markose vorgenommen, am nächsten Tag dann eine Oberschenkelmarknagelung nach KÜNTSCHER versucht. Da die geschlossene Nagelung mißlang, wurde die offene durchgeführt, die in Folge eintretender Wundeiterung nach einiger Zeit eine erneute operative Behandlung erforderte. Die Patientin macht den Arzt nun für die Kosten der weiteren Behandlung und alle etwaigen Folgeschäden verantwortlich.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen, Berufung und Revision der Klägerin hatten keinen Erfolg.

In der Begründung wird betont, daß die Erklärung des Arztes vor der Operation, "er wolle den Bruch nageln", eine ausreichende Aufklärung der Patientin über die Art des geplanten Eingriffs war. Daraus könne jeder Laie ersehen, daß der Bruch nicht nur durch Einrichtung und Ruhigstellung behandelt würde, sondern durch Einschlagen eines oder mehrerer nagelartiger Gegenstände fest zusammengefügt werde. Daß damit zwangsläufig eine Weichteilverletzung verbunden sei, sei gleichfalls einzusehen. "Die Klägerin sei schon allgemein nach dem Grad ihrer Intelligenz imstande gewesen, die Belehrung in diesem Sinne zu verstehen." Außerdem hat sie 4 Semester Medizin studiert, war also kein absoluter Laie, und hat am Morgen vor der Operation gefragt, ob sie zur Entfernung des Nagels wieder in dasselbe Krankenhaus kommen müsse.

Da auf Grund des Sachverständigengutachtens die Marknagelung außer der Wundinfektion keine Gefahren in sich birgt, mußte der Arzt die Patientin nicht auf schädliche Folgen

der Operation hinweisen. "Daß bei einer solchen Operation eine Infektion möglich sei, gehöre zum Allgemeinwissen jedes Einsichtigen und ergebe sich schon daraus, daß bei der Operation die Weichteile des gebrochenen Oberschenkels verletzt werden."

Die Revision bezweifelt, daß die Frage bezüglich der Entfernung des Nagels als Einwilligung in die Operation gewertet werden könne. Dagegen wird festgestellt, daß "zur wirksamen Einwilligung in den ärztlichen Eingriff die ausdrückliche Erklärung nicht erforderlich ist; sie kann sich vielmehr schon aus "den Umständen und dem gesamten Verhalten " des Patienten ergeben. Dies sei hier anzunehmen, daß die Patientin nach der Mitteilung, es müsse der Bruch genagelt werden, die gesamten Operationsvorbereitungen widerspruchsfrei und ohne weitere Fragen hatte über sich ergehen lassen.

"Daß ein Beinbruch auch auf andere Weise behandelt werden kann (z.B. durch Streck- oder Gipsbehandlung) ist allgemein bekannt und war auch der Klägerin geläufig."

"Es war auch der Hinweis nicht nötig, daß eine offene Nagelung durchgeführt werde. Es würde eine Überspannung der Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht bedeuten, wenn man dem Arzt zur Pflicht machen wollte, daß er alle möglichen Einzelheiten des geplanten Eingriffs vorher mit dem Patienten erörtert. Da sich die Patientin ihrem Bildungsgrad entsprechend eine ausreichende Vorstellung von der vorgeschlagenen Nagelung des Bruchs machen konnte, war es nicht erforderlich, ihr diesen Vorgang im einzelnen nun zu schildern oder ihr im einzelnen Angaben über Ort und Größe der zu erwartenden Operationswunde zu machen."

20.Urt.d.BGH v.1.2.1961

(BGH St 16/309)

Beide Angeklagten - damals Studenten der Medizin - waren im Sommer 1958 als sog. Famuli in einem Landkrankenhaus tätig und behandelten in diesem Zeitraum in mehreren Fällen selbständig Verletzungen und machten Eingriffe bei Patienten, von denen sie für Ärzte gehalten wurden.

Die Strafkammer hat die Angeklagten von dem im Eröffnungsbeschluß zur Last gelegten Vergehen der vorsätzlichen Körperverletzung freigesprochen; sie hat auch den Tatbestand der fahrlässigen Körperverletzung verneint. Die Revision der Staatsanwaltschaft, die die Sachbeschwerde erhebt, ist begründet.

In der Begründung wird ausgeführt, daß der durch Irrtum über die Arzteigenschaften des Behandelnden beeinflusste Einwilligung "an sich" keine rechtfertigende Wirkung zukomme. Die Strafkammer war aber der Ansicht, es könne Fälle geben, in denen die Vorstellung des Patienten, der Behandelnde sei ein approbierter Arzt, "für seine Einwilligung nicht von entscheidender Bedeutung" sei, weil jeder vernünftige Patient wisse und damit rechne, daß ungefährliche, leichte und routinemäßige Eingriffe häufig oder gar meistens von einem erfahrenen Heilgehilfen vorgenommen werden. Bei geringfügigen Be -

handlungsmaßnahmen umfaßt die Einwilligung ihrem objektiven Sinn nach auch die Behandlung durch den Nichtarzt. "Der Patient muß in solchen Fällen die vorbehaltlose Einwilligung als rechtfertigend gegen sich gelten lassen." Der Nichtarzt muß aber auch die Geringfügigkeit der Krankheit oder Verletzung erkennen können und die notwendige Sachkunde für die Behandlung besitzen.

Es ist also für solche "zweifelsfrei geringfügige Fälle" zu fordern, "daß bereits das äußere Erscheinungsbild der Erkrankung oder Verletzung nicht nur ihre Ungefährlichkeit zeigt, sondern auch sicher erkennen läßt, daß für die Behandlung oder Versorgung der Wunde nicht die Kenntnis eines ausgebildeten Arztes erforderlich ist." Diese Verhältnisse waren aber in den von den Angeklagten behandelten Fällen nicht gegeben, besonders nicht im Fall einer Sehnennaht, wo sie sogar eine Vollnarkose durchgeführt hatten. Diese Behandlung hätten sie schon gar nicht übernehmen dürfen. Auch kann kein übergesetzlicher Notstand geltend gemacht werden, da die Angeklagten einen Arzt binnen gebotener Zeit hätten herbeirufen können.

21. Urt.d.BGH v.21.3.1961 (VI ZR 143/60 Koblenz)(VersR 61/448)

Der Arzt nahm bei der Patientin wegen einer Hautveränderung an der Hand, die er ohne genauere Nachprüfung und ohne histologische Sicherung für eine Metastase bei Gebärmutterkrebs hielt, eine massive Röntgenbestrahlung vor, die in Folge Überdosierung zu schweren Verbrennungen führte.

Das Landgericht verurteilte den beklagten Arzt zu Schadensersatz und Schmerzensgeld. Seine Berufung und seine Revision hatten keinen Erfolg.

In der Begründung wird, abgesehen von der Feststellung eines Kunstfehlers, auch die Frage der ärztlichen Aufklärungspflicht angeschnitten und ausgeführt, daß die angewandte Röntgentherapie "einen erheblichen, mit Gefahren verbundenen Eingriff in die körperliche Integrität" der Patientin darstellt, so daß ihre Einwilligung dazu unbedingt notwendig gewesen wäre. Die Behauptung der Revision, die Einwilligung sei wirksam erteilt worden, wird schon dadurch entkräftet, daß die Schäden, zu denen sie ihre Einwilligung gegeben haben soll, laut gutachterlicher Feststellung auf einem Behandlungsfehler beruhen. "Denn die rechtfertigende Wirkung der Einwilligung beschränkt sich auf die unvermeidlichen Folgen einer ordnungsgemäß durchgeführten Therapie. Kunstfehler werden von ihr nicht gedeckt, weil der Patient in solche keinesfalls einwilligen will, und die Widerrechtlichkeit des Eingriffs nur in soweit ausgeschlossen ist, wie die Einwilligung reicht." Die Ankündigung einer massiven Röntgenbestrahlung durch den Arzt konnte bei der Patientin nicht die Vorstellung schwerer Verbrennungen als Folge wecken, hat doch auch der Arzt nach seiner eigenen Vorbringung eine Verbrennungsgefahr als schlechthin ausgeschlossen angesehen. Aus dieser persönlichen Geringschätzung der möglichen Gefahr durfte

er nicht die Belehrung als gegenstandslos ansehen und unterlassen. "Ohne solche Unterrichtung in großen Zügen wäre einer Einwilligung aber selbst im Gefahrenbereich einer ordnungsgemäß durchgeführten Therapie keine rechtfertigende Wirkung zugekommen."

22. Urt.d.BGH v.11.4.1961 (VI ZR 153/60 München)(VersR 1961/725)

Wegen beidseitigen Glaukoms wurde der Patient vom beklagten Arzt zunächst medikamentös mit Pilocarpin behandelt. Nach einem Glaukomanfall nahm er dann im dortigen Stadtkrankenhaus zunächst am rechten und anderntags auch am linken Auge einen operativen Eingriff vor. Nach einigen Tagen kam es am rechten Auge zu einer Infektion, die der Arzt mit Aureomycin behandelte. Da keine Besserung eintrat, verlegte er den Patienten in die Universitätsaugenklinik, wo nach vergeblichen Versuchen, die Infektion zu beseitigen, die Enukleation des rechten Auges vorgenommen werden mußte. Auf dem linken Auge verblieb nur ein Rest von Sehvermögen; der Patient ist seither arbeitsunfähig. In seiner Klage behauptet er, die Tatsache, daß er im Krankenhaus neben einen Kranken mit infektiösen Wunden gelegt wurde, sei für seine intraokulare Infektion ursächlich. Daneben erhebt er den Vorwurf ungenügender Aufklärung über mögliche schädliche Operationsfolgen. Eine zunächst vom Landgericht ausgesprochene Verurteilung zur Zahlung von Schmerzensgeld wurde durch die Berufung des Arztes vom OLG abgewiesen. Die Revision des Patienten hatte keinen Erfolg.

In der Begründung wird zunächst auf Grund der Sachverständigengutachten ein Kunstfehler und mangelnde Sorgfaltspflicht ausgeschlossen. Bezüglich der Aufklärungspflicht gibt der Patient zwar zu, daß er über die Art seiner Augenerkrankung unterrichtet worden sei und auch seine Einwilligung zur Operation gegeben habe, meint aber in seiner Revision, daß er nicht über die Gefahren einer Infektion aufgeklärt worden sei, was schon deshalb erforderlich gewesen wäre, weil der Bindehautabstrich einzelne Pneumokokken gezeigt habe. Nachdem gutachterlich bei Operationen, die das Augeninnere eröffnen, nur in 1 bis 2% der Fälle mit Infektionen dieser Art zu rechnen ist, wird die Pflicht einer diesbezüglichen Unterrichtung verneint und festgestellt: "Bei dieser Seltenheit entfällt eine Pflicht zur Aufklärung schon aus den Gründen, die der Senat in seinem Urteil BGHZ 29,46 dargelegt hat." (S.18)

23. Urt.d.BGH v.20.6.1961

(VersR 1961/310)

Wegen Verdacht auf Hirntumor wurde bei einem Kind im Jahre 1944 eine Carotisangiographie mit Thorotrast durchgeführt. Dabei gelangte das Kontrastmittel, angeblich wegen eines

plötzlichen Krampfanfalls auch ins umgebende Gewebe. In der Folgezeit kam es häufiger zu Krampfanfällen, die allerdings vorher schon bestanden hatten, außerdem traten Sehstörungen mit Doppelsehen auf, die eine Brille erforderlich machten, sowie Schmerzen in Hals und Arm, Müdigkeit und Ohrendruck und starkes Herzklopfen. Gegen die Ärzte wurde der Vorwurf erhoben, sie hätten die Gefährlichkeit des Kontrastmittels kennen und die Eltern des Kindes darüber aufklären müssen. Die Klage wurde jedoch aus folgenden Gründen abgewiesen: Wie auf Grund der Gutachten eindeutig aus der Literatur hervorgeht, war Thorotrast bereits seit 1928 auf dem Markt und galt im Jahre 1944 als "völlig harmloses Kontrastmittel", das besonders bei Angiographien sehr gute Bilder liefert und deshalb viel angewendet wurde. Mit dem Hinweis auf einzelne kritische Stimmen, die bereits 1944 eine Gefährlichkeit des Mittels angenommen haben, meint die Revision: "Die Aufklärungspflicht bestehe auch dann, wenn die Gefährlichkeit eines Eingriffs zwar nicht konkret bekannt sei, Gefahren von fachkundiger Seite aber für möglich gehalten würden und auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sei." Demgegenüber wird festgestellt: "Vielmehr ist es so, daß gegen das Mittel, nachdem es in der ärztlichen Wissenschaft Anerkennung und in der Praxis verbreitete Verwendung gefunden hatte, Bedenken laut geworden waren, die vor seiner Anwendung warnten". Nach den Gutachten waren dies aber nur Hinweise theoretischer Natur, wogegen noch keine Strahlenschäden festgestellt worden waren. "Danach war es aber eine Frage fachwissenschaftlicher Beurteilung, ob die Anwendung von Thorotrast bei Arteriographien ärztlich zu vertreten war oder nicht. Eine etwaige Belehrung der Klägerin oder ihrer Eltern hätte also nur bedeuten können, daß ein von der Wissenschaft erst noch zu lösendes Problem an sie herangetragen worden wäre".

24. Urt. d. BGH v. 26.9.1961 (VI ZR 124/60 München) (VersR 1961/1036)

Die Patientin, staatlich anerkannte Krankenpflegerin, war seit 1934 als Krankenschwester und seit 1953 auch als staatlich anerkannte Masseuse und Krankengymnastin tätig. Wegen eines Kropfleidens ließ sie sich auf Anraten eines anderen Arztes vom Chefarzt ihres Krankenhauses als dessen Privatpatientin am Kropf operieren. In der Folgezeit kam es zu erheblichen Atembeschwerden, sowie zu einer rechtsseitigen Stimmbandlähmung, die eine Spateneinpfanzung seitens des gelähmten Stimmbands nötig machte. Die anfängliche Verurteilung zu Schadensersatz und Schmerzensgeld wurde durch die Berufung des beklagten Arztes wieder aufgehoben. Die Revision der Patientin hatte keinen Erfolg.

In der Begründung wird festgestellt, daß schon durch die besonderen anatomischen Verhältnisse im Halsbereich eine Kropfoperation kein harmloser Eingriff sei, bei dem eine Aufklärungspflicht entfallen könne. Der erkennende Senat schließt sich aber der Auffassung des Berufungsge-

richts an, daß in diesem Fall davon abzusehen war, weil die Patientin als Krankenschwester mit 20jähriger Erfahrung im Heilberuf "über Art, Bedeutung und Folgen einer Kropfoperation in groben Zügen" im klaren gewesen sei. Sie hat sich auch zur Vornahme einer Kropfoperation in das Krankenhaus einweisen lassen und während der 3-tägigen Vorbereitungszeit keinerlei Fragen wegen möglicher Schadensfolgen an den Arzt gerichtet. So habe dieser "das Verhalten der Klägerin nach den gesamten Umständen des Falles unter Berücksichtigung der Anschauungen, die im Verkehr zwischen billig denkenden Menschen herrschen, aber auch so auffassen können, daß sie sich der mit der Kropfoperation verbundenen Gefahren in den Grundzügen bewußt gewesen sei und sie auf sich genommen habe." Der Arzt habe dieses Verhalten auch "nach Treu und Glauben als eine die möglichen Gefahren des Eingriffs umfassende Einwilligung in die Operation betrachten dürfen." Bezüglich der Bewertung der in den vom Berufungsgericht eingeholten Gutachten enthaltenen Komplikationsdichte nimmt der erkennende Senat eine kritische Haltung ein. Darin schwanken die Angaben über die Häufigkeit von Stimmbandlähmungen - neben Einzelangaben von 1,5%; 5% 1-3%-von 1/2 - 10%; über tetanische Erscheinungen von 1-4%.

"Mit der Wiedergabe von Zahlen konnte das Berufungsgericht aber nicht schon die Frage für geklärt halten, ob ein verständiger Patient die Gefahr für eine Stimmbandlähmung und tetanische Atemschädigung für gering genug erachten würde, um ihr für seine Entschließung zur Operation kein ernstliches Gewicht beizumessen." Die erheblichen Schwankungen der Komplikationsdichte seien wohl zweifellos auf Erfahrung und Können des einzelnen Operateurs zurückzuführen, was nicht außer Betracht bleiben darf und deshalb einschränkend gesagt werden muß: "Je größer die Spielbreite ist, aus der die Durchschnittszahlen gewonnen werden, umso weniger erscheinen diese aber geeignet, der Beurteilung des einzelnen Falles zu Grunde gelegt zu werden und umso mehr kommt es auf die Feststellung an, wie die Verhältnisse gerade dort liegen, wo die Operation des betreffenden Patienten hat stattfinden sollen und stattgefunden hat."

Neben der in Können und Erfahrung unterschiedlichen Person des Arztes ist auch die Person des einzelnen Patienten insoweit zu berücksichtigen, als es für ihn persönlich entscheidend ist, "welche Nachteile sich aus einer etwaigen Schädigung für sein Leben und Fortkommen ergäben und wie schwer das Operationsrisiko im Verhältnis zu den Folgen wiegt, die für den Patienten im weiteren Verlauf seiner Erkrankung zu erwarten wären, wenn die Operation unterbliebe. Mit der Berechnung einer generellen Komplikationshäufigkeit allein ist es daher nicht getan; ob von einer Aufklärung des Patienten über die bei typischen Gefahren bestehende Schadensmöglichkeit abgesehen werden kann, ist letztlich nur auf Grund der Umstände des jeweiligen Falles zu beantworten."

Grundsätzlich wird aber auf Grund der Komplikationsdichte eine Aufklärung über mögliche Stimmbandlähmungen und Atemnot bei Kropfoperationen bejaht, sofern nicht, wie hier, die besonderen Umstände des Falles ein Absehen davon rechtfertigen. Nachdem insoweit eine Schuld des Arztes nicht gegeben war, befaßte sich der erkennende Senat nicht mit der vom Berufungsgericht angeschnittenen Frage, ob aus Sorge vor einer die Operation gefährdenden ungünstigen Auswirkung auf den Gesundheitszustand der labilen und ohnehin schon übererregten Patientin von der Aufklärung hätte abgesehen werden können.

25. Urtd.BGH v.26.9.1961 (VI ZR 225/60 Nürnberg)(VersR 1961/1039)

Der dreiundzwanzigjährige Patient wurde vom Hausarzt zur Vornahme einer Kropfoperation in das städtische Krankenhaus eingewiesen und dort vom Oberarzt der chirurgischen Abteilung operiert. Infolge eintretender beidseitiger Recurrensparese mit Luftmangel und Unruhe wurde auf Anweisung des Stationsarztes von einem Volontär Badional i.v. injiziert, wodurch sich eine dauernde Medianuslähmung des betreffenden Armes einstellte. Nach 10 Tagen wurde der Patient auf eigenen Wunsch aus dem Krankenhaus entlassen und zwei Tage später von seinem Hausarzt in schwerkranken Zustand in ein anderes eingewiesen, wo ein Spontanpneumothorax festgestellt wurde. Der Patient ist infolge der Schädigung ohne Stimme, trägt wegen der Atemnot eine Kanüle und ist am linken Arm gelähmt. Der Patient wirft den behandelnden Ärzten neben mangelnder Sorgfalt bei der Durchführung von Operation und Nachbehandlung auch eine Vernachlässigung der Aufklärungspflicht vor; bei genügender Aufklärung hätte er sich nicht operieren lassen.

In den Vorinstanzen wurde der Klage des Patienten stattgegeben. Die Revision der beklagten Stadt als Krankenhausinhaberin und des beklagten Arztes hatten keinen Erfolg.

In der Begründung wird zunächst auf Grund des Gutachtens festgestellt, daß die bei derartigen Operationen sonst allgemein üblichen Voruntersuchungen nicht vorgenommen worden sind. Im Hinblick auf die eingetretenen Operationsfolgen wird ein Kunstfehler nicht ausdrücklich verneint, zu der eingetretenen Brustfellverletzung wird nur ausgeführt: "daß der Sachverständige eine Verletzung des Brustfells bei einem tiefreichenden Kropf nicht für einen Kunstfehler halte, daß er sie bei der an sich einfachen Kropfoperation des Klägers dagegen als 'ganz außergewöhnlich' ansehe". Zur Frage der ärztlichen Aufklärungspflicht wendet sich der erkennende Senat gegen die Meinung der Revision, daß, nachdem bei einem Auftreten dauernder Stimmbandlähmungen nach Kropfoperationen in nur 1 bis 3% der Fälle, bei beidseitigen sogar nur in 0,2 %, ein "solcher Seltenheitssatz" vorläge, daß von einer Belehrung des Patienten über eine derartige Schadensmöglichkeit abgesehen werden könne. Auf Grund der Gutachten ist neben Nachbetrachtungen eine Verletzung des Recurrens die häufigste Komplikation einer

Kropfoperation, so daß sie dafür besonders eigentümlich ist und eine für sie typische Gefahr darstellt. In der Frage der Häufigkeit könne man sich aber nicht nur auf die der beidseitigen Stimmbandlähmung stützen, sondern müsse fragen, wie oft überhaupt Stimmbandlähmungen auftraten. Darüber schwanken nach den Angaben der Gutachter die Prozentzahlen erheblich, wobei maximal 20% Stimmband-schäden angegeben werden, die sich zwar in den meisten Fällen wieder zurückbilden. Im einzelnen werden an statistischen Zahlen 1,37%; 7% sowie 1,2 bis 7,5% Stimmband-schäden genannt. Für die großen Unterschiede in der Komplikationshäufigkeit bei verschiedenen Operateuren spielen wohl Können und Erfahrung eine entscheidende Rolle. Aus diesem Grund wird auch, wie schon im Urt.d.BGH v. 26.9.1961 (S.36), erneut darauf hingewiesen, daß in größerer Breite gewonnene Durchschnittszahlen für die Beurteilung des Einzelfalls sehr wenig geeignet sind; es komme vielmehr auf die Feststellung an wie die Verhältnisse gerade dort liegen, wo die Operation des betreffenden Patienten hat stattfinden sollen und stattgefunden hat."

Es wird weiterhin die von PERRET berechnete durchschnittliche Komplikationshäufigkeit von 1 bis 3% als maßgebliche Beurteilungsgrundlage abgelehnt und auch die Tatsache, daß in der Universitätsklinik des einen Gutachters bei ersten Kropfoperationen regelmäßig nie über Komplikationen aufgeklärt wird, nicht als Entschuldigung dafür angesehen, daß hier keine Aufklärung gegeben wurde. "Was in der von dem Sachverständigen geleiteten Universitätsklinik vielleicht angehen möchte, wo nach den Angaben des Sachverständigen Kropfoperationen nur nach gründlicher klinischer Durchuntersuchung mit Röntgenaufnahmen der Halsorgane und evtl. Lungenaufnahme ausgeführt werden, konnte bei den andersartigen Verhältnissen nicht in gleicher Weise auch für das Krankenhaus gelten, in dem der Kläger operiert worden ist; hier sind nach den Gutachten des Sachverständigen die Voruntersuchungen und Vorbereitungen zur Operation äußerst oberflächlich vorgenommen worden. "Vor allem hatte der Arzt hier eine Röntgenaufnahme unterlassen, obwohl gerade daraus genauer zu ersehen gewesen wäre, ob die Operation voraussichtlich komplikationslos verlaufen wäre oder nicht."

26.Urt.d.BGH v.20.10.1961 (VI ZR 39/61 K.G.) (VersR 1962/155)

Wegen einer Thrombophlebitis wurde im August 1953 gleichzeitig mit einer Antikoagulantientherapie eine zweimalige Grenzstrangblockade mit 0,5%iger Novocainlösung vorgenommen. Als Behandlungsfolge kam es zu einer Lähmung beider Füße. Der Patient klagte wegen mangelnder Sorgfalts- und Aufklärungspflicht.

Das LG hat die Klage abgewiesen; die Berufung und Revision des Patienten hatten keinen Erfolg.

..... In der Begründung wird zunächst das Vorliegen eines Kunstfehlers verneint. Es wird ausgeführt, die Lähmungserscheinungen seien durch die gleichzeitig mit der Grenzstrangblockade vorgenommenen Antikoagulantientherapie verursacht worden. Die mit der Injektion zwangsläufig verbundene Blutung war nicht damit zum Stillstand gekommen und hat zu lokalen Gewebszerstörungen geführt. Doch könne deswegen dem behandelnden Arzt kein Vorwurf gemacht werden, weil Veröffentlichungen über diese Komplikationsmöglichkeit zum damaligen Zeitpunkt in der deutschen Literatur nicht vorhanden gewesen seien. Lediglich im amerikanischen Schrifttum fanden sich Warnungen vor Injektionen bei gleichzeitiger Anwendung von gerinnungshemmenden Mitteln. Ein schon im Jahre 1952 ebenfalls im amerikanischen Schrifttum erschienener Aufsatz über solche Zwischenfälle erwähnt außerdem, daß im Laufe von 7 Jahren 554 Patienten so behandelt und dabei 2100 Injektionen durchgeführt wurden, ohne daß Komplikationen aufgetreten seien.

Auf Grund mangelnder Hinweise im deutschen Schrifttum und der extremen Seltenheit dieser Komplikation mußte sie dem Arzt zum damaligen Zeitpunkt nicht bekannt sein. Eine weitere Frage ist dann, ob der Patient auf Grund des vorliegenden statistischen Materials über die Komplikationsmöglichkeiten bei der Grenzstrangblockade aufzuklären war.

Die Revision will eine Pflicht zur Belehrung des Patienten daraus herleiten, daß nach diesen Zahlenangaben bei fast 1% aller Grenzstrangblockaden Komplikationen aufgetreten seien. "Dabei übersieht sie, daß das Abbrechen der Nadel und das fehlerhafte Injizieren in den Rückenmarkssack unberücksichtigt bleiben müssen, denn es ist nicht der Sinn der Aufklärung, dem Patienten zu schildern, welche fahrlässigen Fehler einem Arzt bei der Behandlung eines Kranken unterlaufen können. Daher müssen bei der Prüfung der Frage, ob der Patient über die Möglichkeit von Schäden zu belehren ist, die Komplikationen ausscheiden, die auf einem vermeidbaren Fehler des Arztes beruhen." Abgesehen von solchen Schäden treten dann nach den Zahlenangaben Komplikationen nur "so selten" auf, daß sie bei einem verständigen Patienten für seinen Entschluß, in den Eingriff einzuwilligen, nicht ernsthaft ins Gewicht fallen. Das stimmt mit den Erfahrungen der Gutachter überein, die bei dieser Behandlungsmethode von einem "äußerst geringen" Risiko sprechen.

27. Urt.d.BGH v.24.10.1961 (VI ZR 106/61 Stuttgart)(VersR 1962/46)

Der ein Monat alte Säugling, eine Zwillingsfrühegeburt, wurde vom Hausarzt wegen eines handtellergroßen Hämangioms an der distalen Innenseite des rechten Oberschenkels an den beklagten Arzt zur Bestrahlung überwiesen. Es wurden dabei in drei Sitzungen vier Felder mit je 400 r mit dem Nahbestrahlungsgerät nach Chaoul bestrahlt, so daß pro Feld insgesamt 1200 r entfielen. Einige Tage nach der letzten

Bestrahlung kam es zu Fieber und Durchfall, sowie zu einer geschwürigen Reaktion in der Mitte der bestrahlten Stelle. Als Folge der Bestrahlung stellte sich eine erhebliche Verkürzung und Verkrümmung des rechten Oberschenkels ein, wodurch laufende orthopädische Behandlung und eine korrigierende Operation erforderlich wurden. Vom Kläger wird vor allem der Vorwurf der unsachgemäßen Behandlung aber auch der einer mangelnden Aufklärung erhoben. Die zunächst ausgesprochene Verurteilung des Arztes zu Schadensersatz und Schmerzensgeld wurde durch dessen Revision aufgehoben, und es erfolgte Zurückverweisung.

In der Begründung wird festgestellt, daß eine Aufklärung nur erforderlich gewesen wäre, "wenn nach dem damaligen Stand der Heilkunde mit dem Eintritt von Wachstumsstörungen als Folge der Bestrahlung ernstlich gerechnet werden mußte." Treten schädliche Komplikationen dagegen nur sehr selten auf, so kann der Arzt im allgemeinen annehmen, "daß die entfernte Möglichkeit ihres Eintritts bei einem verständigen Patienten für seinen Entschluß, in die Behandlung einzuwilligen, ernsthaft nicht ins Gewicht fällt." "Hiernach ist eine Prüfung des zur Zeit der Behandlung bekannten Grades der Komplikationshäufigkeit erforderlich, bei deren Auswirkung auf das Erfordernis der Aufklärung allerdings auch das Maß möglicher Schäden ins Gewicht fällt, und ob bei Unterlassung der gewählten Behandlungsart ernste Gefahren für den Patienten bestehen, so daß praktisch keine andere Behandlungsmethode in Betracht kommt."

Unter Auswertung der Angaben in der medizinischen Literatur und nach seinen eigenen Erfahrungen hat der Gutachter seine Ansicht begründet, "daß bei einem Krankengut von mehreren 1000 Fällen nur sehr vereinzelt Strahlenschäden aufgetreten seien, die zu einer Wachstumsstörung geführt hätten." Daraus läßt sich also keine Aufklärungspflicht ableiten. Außerdem wäre hier neben dem Grad der Komplikationshäufigkeit noch zu erwägen, "wie schwer das Risiko der Röntgenbestrahlung im Verhältnis zu den für den Kläger zu erwartenden Folgen bei Nichtbehandlung wog. Wenn die Röntgenbehandlung die einzig praktisch in Betracht kommende Behandlungsmethode ist, um die drohende unheilvolle Entwicklung des Hämangioms abzuwenden, dann werden durchweg vernünftige Eltern in die Behandlung einwilligen. Hier wird eine Beurteilung allein nach der statistisch berechneten generellen Komplikationshäufigkeit der Sachlage nicht gerecht." (2) Durch die Zurückverweisung ist erneut anhand der wesentlichen Fachliteratur zu prüfen, ob bei Nichtbestehen einer Aufklärungspflicht nach dem damaligen Stand der ärztlichen Wissenschaft nicht ein schuldhafter Behandlungsfehler vorlag.

28. Urt.d.BGH v.16.10.1962 (VI ZR 198/61) (DMZ 11(1963) 538)

Die inzwischen verstorbene Patientin wurde damals drei- undzwanzigjährig wegen Nephropathia gravidarum und rezidivierender Pyelonephritis mit Neomycin behandelt, nachdem sich das Mittel im Resistenztest als wirksam erwiesen hatte. Mit der Behandlung sollte gleichzeitig ein Infektionsschutz für die Extraktion eines als Focus betrachteten Zahnes geschaffen werden. Es wurden 5 Tage lang zweimal 0,5 g Neomycin parenteral verabreicht, da die Patientin am 5. Tag über Hörbeschwerden klagte, wurde das Mittel abgesetzt. Kurze Zeit später wurde sie nach Weiterbehandlung mit anderen Medikamenten mit wesentlich gebesserter Allgemein- und Nierenzustand entlassen. Sie war aber völlig taub geworden und blieb es auch unverändert bis zu ihrem Tod. Der Ehemann der Patientin machte die Ärzte und den Krankenhausträger für den Hörverlust verantwortlich und forderte Schadenersatz.

Das Landgericht hat der Klage stattgegeben; die Berufung der Beklagten wurde zurückgewiesen, ihre Revision führte zur Aufhebung des Urteils und zur Zurückverweisung.

In der Begründung wird die Bewertung der Aufklärungspflicht, die das Berufungsgericht im vorliegenden Fall getroffen hat, kritisiert. Zwar sei es richtig, daß bei einer zu Heilzwecken indizierten gefährlichen Behandlung eine Aufklärungspflicht in der Regel erforderlich sei, unter Umständen auch schon dann, wenn nur die Möglichkeit droht, daß es infolge der Behandlung zu gesundheitlichen Schäden kommt; indessen kommt es aber sehr darauf an, "welcher Art die möglicherweise eintretenden Folgen sind, wie groß im gegebenen Fall die Gefahr ihres Eintritts ist, und wie schwer sie im Verhältnis zu den Folgen wiegt, die für den Patienten im weiteren Ablauf seiner Erkrankung zu erwarten wären, wenn die vorgesehene Behandlung unterbliebe. Auf Gefahren, die sich so selten verwirklichen und deren Hervortreten auch in dem Falle des betreffenden Patienten so wenig wahrscheinlich ist, daß sie bei einem verständigen Menschen in seiner Lage für den Entschluß, in die Behandlung einzuwilligen, nicht ernsthaft ins Gewicht fallen, braucht der Patient nicht hingewiesen zu werden. Ebenso ist die Aufklärung entbehrlich, wenn die möglicherweise eintretenden ungünstigen Nebenwirkungen der Behandlung so viel weniger gravierend sind als die Folgen eines Unterbleibens der Behandlung, daß sie ein vernünftiger Mensch in der Lage des Patienten für die Willensentschließung, sich der Behandlung zu unterziehen, nicht als bedeutsam ansähe." (s.auch BGHZ 29/176 (S.22); VersR 1961/1039 (S.38); VersR 1962/46 (S.40)).

Gegen die Meinung des Berufungsgerichtes, eine Belehrung sei schon deshalb erforderlich gewesen, weil es nicht absolut sicher gewesen sei, daß bei Gaben von 1g Neomycin und einer Behandlungsdauer von nicht mehr als 6 Tagen keine Gehörschäden auftreten würden, somit Nebenschäden nicht mit "einer Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit" auszuschlie-

Ben gewesen wären, wendet sich der erkennende Senat mit der Feststellung: "Aufklärung ist nicht schon dann erforderlich, wenn Nebenschäden der vorgesehenen Behandlung nicht mit absoluter Sicherheit oder mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen sind, vielmehr kann der Arzt nach den oben dargelegten Rechtsgrundsätzen der Notwendigkeit einer Aufklärung des Patienten auch dann enthoben sein, wenn die Behandlung mit gewissen fernliegenden Gefahren verbunden ist." Sowohl aus den Angaben des Firmenprospekts als auch aus den vom Berufungsgericht angeführten Literaturstellen geht hervor, daß Gaben von 750 bis 1000 mg/die über einen Zeitraum von maximal 7 Tagen als relativ ungefährlich angesehen werden können. Das Berufungsgericht wollte aber auf Grund des mäßigen Allgemein- und Ernährungszustandes der Patientin zum Zeitpunkt der Behandlung eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für den Eintritt schädlicher Nebenfolgen gesehen haben und behauptete außerdem, daß damals noch keine zuverlässigen ärztlichen Erfahrungen über eine ungefährliche Dosierung vorgelegen hätten. Es hat aber zur Entscheidung dieser Frage keine medizinischen Gutachter zugezogen, also eine auf fachmedizinischem Gebiet liegende Frage ohne über die erforderliche Fachkenntnis zu verfügen, zu beantworten versucht. - Durch die Zurückverweisung soll anhand eines Sachverständigengutachtens geklärt werden, "in welchem Maße und mit welchem Grad von Wahrscheinlichkeit im Falle der Klägerin nach dem damaligen Stand der Erkenntnis etwaige ungünstige Nebenwirkungen der Neomycinbehandlung möglich erschienen und sich zu den Folgen verhalten hätten, mit deren Eintritt hätte gerechnet werden müssen, wenn die Behandlung unterblieb."

29. Urt. d. BGH v. 25.3.1963 (VI ZR 122/62) (DZW 35 (1963) 1707)

Eine 36jährige Patientin wurde wegen Artritis deformans der Hüftgelenke mit Röntgentiefbestrahlung behandelt. Nach Abschluß der Bestrahlung, die nur eine vorübergehende Besserung der Hüftbeschwerden brachte, kam es zu einem Aufhören der Periode. Die Patientin behauptet, die Bestrahlung habe ihre Ovarialfunktion zum Erlöschen gebracht und sei damit einer Kastration gleichzusetzen. Sie verlangt deshalb Schadensersatz und Schmerzensgeld. In den Vorinstanzen wurde den Ansprüchen in gewissen Umfang stattgegeben. Die Revision des beklagten Arztes führte zu einer teilweisen Aufhebung des Urteils.

In der Begründung wird ausgeführt, daß der Arzt "mit einem Höchstmaß an Selbstkontrolle zu einer gewissenhaften Belehrung der Klägerin über das Risiko der Bestrahlung unbedingt verpflichtet war, möge er bei der Art des Leidens der Klägerin auch vielleicht davon ausgegangen sein, daß die Klägerin im Hinblick auf die Befreiung von quälenden Schmerzen die mögliche Konsequenz einer Vorverlegung des Klimakteriums in Kauf nehmen würde." Dabei ist es aber Sache des Arztes zu beweisen, "daß die

Klägerin vor der Röntgenbestrahlung über die mit ihr verbundene Gefahr einer Ovarialschädigung in der notwendigen Weise aufgeklärt wurde. Die Einwilligung der Klägerin in die Röntgenbestrahlung ihrer Hüftgelenke konnte die Verletzung ihrer Eierstöcke nur dann rechtfertigen, wenn sie über diese mögliche Folge der Strahlenbehandlung ausreichend unterrichtet worden war." Es wird noch erwähnt, daß der behandelnde Arzt die Aufklärung nicht notwendig selbst geben muß, aber er muß sich vergewissern, ob eine Aufklärung bereits erfolgt ist. "War die Klägerin bereits von anderer Seite über die Gefahr einer Ovarialschädigung hinreichend belehrt worden, so rechtfertigte die Einwilligung der Klägerin in die Bestrahlung den Eingriff des Beklagten, ohne daß er sie auch noch selbst auf die Gefahr hingewiesen zu haben brauchte."

30. Urt. d. BGH v. 28.6.1963

(DZW 47 (1963) 2311)

Bei dem Patienten kam es zunächst zu Schwellung, Verhärtung und Schmerzen am rechten, dann auch an linken Hoden. Da der Hausarzt am linken Hoden eine Geschwürsbildung feststellte, inzidierte er, wodurch es nach Eiterentleerung zu einer Fistelbildung kam. Ein Facharzt für Chirurgie hatte daraufhin eine "schwere Hodenentzündung beiderseits mit Beteiligung der zugehörigen Hodensackabschnitte" festgestellt, dem Kranken dringend zur baldigen Operation geraten und ihn deswegen ins Krankenhaus des beklagten Arztes eingewiesen. Dieser nahm an, daß der schwere entzündliche Prozeß wahrscheinlich durch eine Tuberkulose hervorgerufen wurde, konnte aber ein gut- oder bösartige Geschwulst als Ursache nicht ausschließen. Eine genauere Diagnose war ohne Eröffnung des Hodensacks und ohne mikroskopische Gewebsuntersuchung nicht zu stellen. Der Patient, der von der Notwendigkeit der Operation bereits vom einweisenden Hausarzt überzeugt worden war, fragte den Krankenhausarzt: "Sie schneiden doch nicht einfach alles ab?", worauf dieser ihm antwortete, es werde nicht einfach alles abgeschnitten, sondern man überzeuge sich während der Operation durch mikroskopische Untersuchung, was krank sei. Erst auf Grund dieser Untersuchung werde entschieden, was zu geschehen habe, man tue nicht mehr als nötig. Während der Operationsvorbereitungen stellte der Patient keine weiteren Fragen. Die kunstgerecht durchgeführte Operation ergab, daß beide Hoden wegen schwerer offener Tuberkulose zur Vermeidung einer drohenden Blasentuberkulose entfernt werden mußten. Wegen der tuberkulösen Veränderungen war der Patient schon vor der Operation zeugungsunfähig geworden. Als der Arzt mit dem Patient nach der Operation über den Eingriff sprach, erklärte dieser, er wäre in Kenntnis von Umfang und Tragweite nicht damit einverstanden gewesen.

Der Strafsenat hat das Urteil der Strafkammer aufgehoben und den Chirurgen wegen erwiesener Unschuld freigesprochen.

In der Begründung werden Ausführungen der Strafkammer, auf die sich die Verurteilung wegen fahrlässiger Körperverletzung stützt, als rechtsirrig bezeichnet. Der Eingriff war zwar nicht schlechthin unaufschiebbar, "jedoch nötig, um den Kranken, der die Zeugungsfähigkeit bereits eingebüßt hatte, vor lebensgefährdenden weiteren Krankheitsfolgen zu bewahren." Der Eingriff war also "dringend notwendig, und kein vernünftiger Grund sprach gegen ihn." Welches Organ schwer erkrankt war, wußte der Patient bereits und wurde ihm vom Arzt nochmals gesagt, woran es erkrankt war, konnte der Arzt vor der Operation aber lediglich vermuten. "Mit dem Patienten zu diesem Zeitpunkt eine lediglich mögliche Krebserkrankung zu erörtern, obwohl auch Tuberkulose oder eine gutartige Geschwulst in Betracht kam, war er rechtlich nicht verpflichtet, weil noch kein gesicherter Befund vorhanden sein konnte." Es war deshalb damals vom Arzt auch nicht zu prüfen, ob er u.U. von einer solchen Mitteilung ernste Schäden für die Gesundheit des Patienten zu befürchten gehabt hätte, und er deshalb davon hätte absehen dürfen. Es wird daher auch nicht weiter untersucht, "ob eine solche rechtliche Anforderung an einen verantwortungsbewußten, erfahrenen Arzt die allgemeine ärztliche Erfahrung mit schwer Krebskranken genügend berücksichtigt."

Die möglichen Folgen konnten bei der Erkrankung des Patienten für diesen nur günstig sein; zwar hätte sie der Arzt deutlicher erläutern können, doch ist seine Mitteilung an den Patienten als hinreichende Aufklärung aufzufassen. Aus der Frage des Patienten: "Sie schneiden doch nicht einfach alles ab?" geht hervor, daß er die Notwendigkeit einer beidseitigen Hodenentfernung befürchtet hat und bereit war, in den beabsichtigten Eingriff einzuwilligen, "jedoch nur in dem ärztlich zwingend gebotenen Maße." Der Arzt hat ihm daraufhin wahrheitsgemäß versichert, daß auf Grund der mikroskopischen Untersuchung nur das entfernt werde, "was krank sei, man tue nicht mehr als nötig." Außerdem hatte der Patient an beiden Hoden nacheinander Schmerzen und krankhafte Veränderungen verspürt, so daß er immerhin daran denken konnte, die durch die Operation erst zu treffende Entscheidung betreffe beide Organe. Da der Patient auf die Mitteilung geschwiegen und weder Bedenken noch Einwände geäußert hat, durfte der Arzt nach dem Verhalten des Kranken daraufhin ohne Fahrlässigkeit annehmen, dieser bewillige den Eingriff in dem für ärztlich als unausweichlich erkannten Umfang. Die Einwilligung kann hier durch "schlüssiges Verhalten" erklärt werden (BBG 29/176). Weiterhin ist zu berücksichtigen, "daß der beklagte Arzt, als er ihn belehrte, nach medizinischer Erfahrung und statistischer Wahrscheinlichkeit nicht damit zu rechnen

brauchte, daß beide Hoden würden entfernt werden müssen, weil solche Fälle 'äußerst selten' vorkommen und daher auch vom Standpunkt jener Rechtsprechung aus nicht unter die Aufklärungspflicht fallen (BGHZ 29/46, 60)."

Die Strafkammer möchte die Fahrlässigkeit schon darin sehen, daß der Arzt hätte erkennen müssen, daß der Patient in ein unbekanntes Geschehnis nicht rechtswirksam habe einwilligen können. Dagegen wird unter Hinweis auf die Entscheidung des BGH v. 28.10.1960 festgestellt, daß fahrlässiges Verhalten nur anzunehmen sei, wenn der Patient bei der vom LG irrig für erforderlich gehaltenen Aufklärung einen Eingriff dieses Umfangs endgültig verweigert hätte." Umfassende Aufklärung muß nicht denknotwendig zur Versagung der Einwilligung führen, so daß der Arzt hier von vornherein sie hätte annehmen müssen; dies umso weniger, als bei dem Alter und voroperativen Zustand des Patienten alles für und so gut wie nichts gegen einen Eingriff, wenn nötig auch dieses Umfangs, sprach, zumal angesichts der beim Unterbleiben zu erwartenden Gefahr für das Leben des Kranken (VersR 1963/232). Nur wenn er trotz aller Umstände bei Aufklärung darüber, der linke Hoden werde auf jeden Fall entfernt werden müssen, seine Zustimmung unbedingt versagt hätte, könnte den Arzt ein Fahrlässigkeitsvorwurf treffen."

III. Auswertung obiger Entscheidungen des Bundesgerichtshofs hinsichtlich Notwendigkeit und Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht.

Wenn im Folgenden von Notwendigkeit und Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht gesprochen werden soll, so darf vielleicht eingangs darauf hingewiesen werden, daß dieser Fragenkomplex von Ärzten und Juristen - jedenfalls dort, wo er Anlaß zu Meinungsverschiedenheiten zwischen beiden Parteien gibt - unter ganz verschiedenen Gesichtspunkten gesehen wird.

Die Juristen halten die Aufklärung des Patienten dann für erforderlich, wenn bei einem bestimmten medizinisch indizierten Heileingriff ein bestimmtes Verhältnis zwischen Gesundheitsförderung und möglicher Gesundheitsschädigung vorliegt. Daß dieses Verhältnis nicht nur rein zahlenmäßig und nicht ohne Berücksichtigung der jeweiligen medizinischen und außermedizinischen Umstände angenommen wird, soll hier noch aufgezeigt werden. Die Ärzte ihrerseits wenden sich gar nicht so sehr gegen diese Forderung im allgemeinen, sondern erkennen sie für die meisten Erkrankungen an. Bei ihnen taucht das Problem Aufklärungspflicht fast ausschließlich im Zusammenhang mit der unheilbaren Krankheit auf. Hier halten sie die geforderte Aufklärungspflicht für unzumutbar, da sie es aus ärztlichen und menschlichen Gründen als unmöglich erachten, dem unheilbar Kranken oder dem Todgeweihten die wahre Natur seines Leidens zu eröffnen.

In der wertenden Betrachtung der gesammelten Urteile soll die vom Juristen vertretene Auffassung vom Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht herausgestellt werden, d.h. es soll jenes oben erwähnte 'Verhältnis' in seinen einzelnen Teilumständen anschaulich gemacht werden. Bei dieser Untersuchung aller Gegebenheiten, die für die Aufklärungspflicht entscheidend sein können, wird dann auch von dem den Ärzten besonders wichtigen Problem der Aufklärungspflicht bei unheilbaren Erkrankungen die Rede sein müs-

sen. Es wird sich zeigen inwieweit hier bisher von der Rechtsprechung die Pflichtenkollision zwischen Heilungs- und Aufklärungspflicht gesehen und bei ihren Entscheidungen berücksichtigt worden ist. Vor allem möchte aber diese Betrachtung feststellen, ob das erwähnte Aufklärung fordernde 'Verhältnis' durch die einfache Zahl der jeweiligen Komplikationsdichte ausgedrückt werden kann. Das wäre zweifelsohne für den praktizierenden Arzt eine brauchbare Hilfe der Belehrungspflicht nachzukommen.

1. Bedeutung von Art und Häufigkeit der Komplikationen für die Notwendigkeit der ärztlichen Aufklärung.

Wenn im einleitenden Teil bei der Erörterung der Grundlagen der ärztlichen Aufklärungspflicht klar werden sollte, daß die Aufklärung dem Patienten in der besonderen Situation des Arzt-Patienten-Verhältnisses den rechten Gebrauch seines Selbstbestimmungsrechtes ermöglichen soll, dann ist nun die Frage, wie die Aufklärung beschaffen sein muß, um diese Aufgabe zu erfüllen. Die Antwort lautet: Die Aufklärung muß die rechtswirksame Einwilligung des Patienten in die vorgesehene ärztliche Maßnahme ermöglichen.

Die Rechtmäßigkeit des ärztlichen Eingriffs geht nur so weit, als die Einwilligung des Patienten reicht, und dessen Einwilligung wiederum reicht nur so weit, als ihm wenigsten "in groben Zügen" klar ist, worin er einwilligt. Nur dann kann er auch seinen Teil an Verantwortung übernehmen und den Arzt entlasten. EBERHARD SCHMIDT führt dazu aus: "Bedeutet die Einwilligung des Patienten in den ärztlichen Eingriff.... eine Entlastung des Arztes hinsichtlich seiner Verantwortung, so folgt daraus, daß der Patient vom Arzt mit demjenigen Wissen ausgestattet werden muß, das ihn befähigt, zu einer Entscheidung zu gelangen, die in Kenntnis aller für seine Lage wesentlichen Gesichtspunkte erfolgt." (26)

Was sind nun diese wesentlichen Gesichtspunkte, über die unterrichtet werden muß? Zunächst kann auch nach der Rechtsprechung bei dem Patienten schon einiges medizinische Wissen vorausgesetzt werden. So wird z.B. im Urteil des BGH vom 9.12.1958 (S.18) erwähnt, es sei nicht erforderlich, "den Patienten darauf hinzuweisen, daß auch die geringfügigsten operativen Eingriffe unter ungünstigsten Verhältnissen trotz Beachtung aller Vorsichtsmaßnahmen zu irgendwelchen Komplikationen führen können." In ähnlicher Weise betont schon das Reichsgericht (14), daß keine Verpflichtung bestehe, "den Kranken auf alle möglichen Folgen einer Behandlung, insbesondere nicht bei geringfügigen Eingriffen, auf die Möglichkeit schädlicher Folgen unter nicht voraussehbaren ungünstigen Umständen hinzuweisen." Auf diese naturgegebenen Tatsachen erstreckt sich die Einwilligung des Patienten bereits, ohne daß dazu eine Aufklärung erforderlich wäre. Dagegen erstreckt sie sich nach dem Urteil des BGH v. 10.7.1954 (S.11) nicht ohne weiteres auf eine Heilbehandlung, "die nach der ärztlichen Erfahrung auch wegen ihrer Nachwirkungen nicht als verhältnismäßig harmlos bezeichnet werden kann." Unter den vielfachen Charakterisierungen der Folgen eines ärztlich indizierten und lege artis durchgeführten Eingriffs, die eine Aufklärung erforderlich machen, ist neben Bezeichnungen wie "nicht harmlos", "nicht äußerst selten", meistens die Rede von "typischen Folgen."

Unter "typischen Folgen" einer Behandlung versteht der BGH solche, "die mit ihr verbunden zu sein pflegen und mit deren Eintreten nach dem Stande ärztlicher Erfahrung und Wissenschaft gerechnet werden muß." (S.18). Während nun aber im Schrifttum der Begriff der Typizität so ausgelegt wird, daß er nicht nur die Art, sondern auch die Häufigkeit möglicherweise eintretender Folgen umfaßt (29), (1,25), scheint der erkennende Senat des BGH mit diesem Begriff nicht unbedingt auf eine bestimmte Komplikations-

häufigkeit abzustellen. So tadelt der erkennende Senat z.B. im Urteil v. 9.12.1958 (S.18) die Ansicht des Berufungsgerichts, äußerst selten auftretende Komplikationen seien damit nicht typisch und betont, daß auch bei typischen Komplikationen nicht aufgeklärt werden muß, "wenn sie nur in entfernt seltenen Fällen auftreten". In diesem Zusammenhang wird deshalb im Urt. d. BGH v. 22.12.1959 (S.31) Aufklärung bei "typischen und nicht äußerst selten eintretenden gesundheitsschädlichen Folgen" gefordert.

Es ist aus diesen Gründe besser, sich an die im Urteil v. 16.1.1959 (S.22) gegebene umfangreichere, damit aber genauere Formulierung des BGH zu halten: "Maß und Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht werden mitbestimmt von der Häufigkeit und Schwere auftretender Komplikationen, somit von dem Grad der Gefährlichkeit des Eingriffs." Damit ergibt sich nun die Frage nach einer bestimmten Komplikationshäufigkeit, bei der Aufklärung erfolgen muß. Aus den Urteilen des BGH ersieht man, daß sich die Entscheidung über das Vorliegen einer Aufklärungspflicht durchaus auf gewisse Grenzhäufigkeiten möglicher Komplikationen stützt. In den Urteilsveröffentlichungen finden sich aber nicht immer die vom Gutachter vorgelegten Zahlenangaben, sondern im Text nur diesbezügliche Bemerkungen, wie "äußerst selten", oder "extrem selten", "höchstens vereinzelt" bzw. "nicht äußerst selten" usw. Auch aus den veröffentlichten Prozentzahlen, die im jeweiligen Fall als aufklärungsbedingend oder nicht angesehen wurden, läßt sich kein eindeutiger Grenzwert ermitteln.

So wurde z.B. bei folgenden Komplikationshäufigkeiten Aufklärung gefordert:

- 7% Knochenbrüchen bei Elektroschockbehandlung
- 7% ein- oder doppelseitiger Schädigung des Nervus
recurrens nach Kropfoperationen
- von 1/2 - 10% schwankenden Komplikationen einer
Kropfoperation

5-6% schädlichen Folgen nach Karzinombestrahlung.
Dagegen wurde keine Aufklärungspflicht gefordert bei:

1-2% intraokularen Infektionen bei Operationen,
die das Augeninnere eröffnen
einer Schadenshäufigkeit 11/1000 nach Paraverte-
bralpunktion
nur sehr vereinzelt vorkommenden Wachstumsstörungen
je 1000 Fällen nach Hämangiombestrahlung im Bereich
der Wachstumszone.

Diese vom BGH veröffentlichten Zahlen führen im ärztlichen und juristischen Schrifttum zu sehr unterschiedlicher Beurteilung. So meint G. SCHWALM, daß nach der gegenwärtigen Spruchpraxis ab einer Komplikationsdichte von 4% Aufklärungspflicht bestehe. Er hält aber diesen Grenzwert für zu niedrig und schlägt seinerseits vor, erst bei einer Schadenshäufigkeit von 10 % eine entsprechende Belehrung des Patienten zu fordern (29). Nach A. SCHEICHER liegt die Grenze der aufklärungsbedingten Komplikationsdichte in der heutigen Rechtsprechung bei 3%. Er persönlich hält die Aufklärung für selbstverständlich, wenn bei einem Eingriff in mehr als 3 - 4% mit schädlichen Folgen gerechnet werden muß (25). Dagegen fordert H. KLEINERFERS selbst bei lebensnotwendigen Maßnahmen bereits bei 1% Mortalität eine Belehrung des Patienten (13). Auch W. SPANN hält die Aufklärung bei einer Wahrscheinlichkeit möglicher Gefahren von mehr als 1% für notwendig (31). Bei einer sehr interessanten Umfrage, die H.W. PÄSSLER bei Chirurgen des Landes Nordrhein-Westfalen durchgeführt hat, ergab sich, daß von vierunddreißig eingegangenen Antworten nur drei eine Aufklärung bei 1% Komplikationsdichte für erforderlich halten. Während fünf der befragten Ärzte bei 2%, vier bei 3% und elf bei 5% aufklären wollten, hielten es neun erst bei 10% und sogar zwei erst bei 20% Komplikationsdichte für notwendig (22).

Diese unterschiedliche Bewertung der Komplikationshäufigkeit bei Juristen und medizinischen Sachverständigen, wie auch bei den praktizierenden Chirurgen, läßt Zweifel an der Brauchbarkeit der Komplikationsdichte als Maßstab für die Aufklärungspflicht aufkommen. Trotz dieser Tatsache kann aber nicht der mancherorts geäußerten Meinung beigespflichtet werden, die Komplikationsdichte eines ärztlich indizierten Eingriffs sei für die Frage, ob dabei Aufklärungspflicht besteht oder nicht, völlig bedeutungslos. Diese Auffassung kann auch nicht von den neueren Urteilen des BGH abgeleitet werden. In seiner kritischen Auseinandersetzung mit der Komplikationsdichte kommt der BGH darin lediglich zu der Feststellung, daß die Komplikationshäufigkeit "allein" zur Entscheidung der Frage, ob über typische Gefahren aufzuklären ist, nicht ausreicht. Er möchte in diesem Zusammenhang außerdem noch eine Reihe weiterer, die besondere Behandlungssituation betreffende Faktoren berücksichtigt wissen, die uns aber erst im nächsten Abschnitt beschäftigen sollen.

Zunächst ist zu erörtern, wie das statistische Material beschaffen sein muß, damit es für die Frage der Aufklärungspflicht im einzelnen Fall eine relevante Entscheidungsgrundlage bilden kann. Denn unabhängig von dem jeweils anders gelagerten Arzt-Patienten-Verhältnis, das die Aufklärung erst verlangt und deshalb mitbestimmt, ist auch die rein medizinische Situation, in der der Eingriff vorgenommen werden soll, nicht immer die gleiche. Aus diesem Grunde kann hier nicht eine Komplikationsdichte schlechthin, sondern nur eine bestimmte Komplikationsdichte maßgebend sein.

Welche Statistik soll der Arzt nun bei seiner Aufklärung zu Grunde legen: eine all-reine Statistik, eine "geräinigte" Statistik, eine Sammelstatistik, eine eigene Statistik? Es ist einleuchtend und geht auch aus den Ent-

scheidungen des BGH hervor, daß dafür in erster Linie aus eigener Erfahrung gewonnenes Zahlenmaterial zu verwenden ist. Der Arzt weiß in diesem Fall, wie die Statistik entstanden ist, und außerdem ist sie zahlenmäßiger Ausdruck seiner Erfahrung, die einzig und allein für das Auftreten von Komplikationen bei dem von ihm durchgeführten Eingriff entscheidend ist. So sollte z.B. im Urteil des BGH v. 9.12.1958 (S.18) durch die Zurückverweisung eingehend geklärt werden, welche Erfahrungen gerade in der Klinik, in der der Kläger mit dem Siemens Konvulsator III behandelt wurde, bis zu diesem Zeitpunkt mit diesem Gerät gemacht worden waren. Im Urteil des BGH v. 26.9.1961 (S.38) wurde die nur relative Gültigkeit der Komplikationsdichte bei einem bestimmten Eingriff herausgestellt, indem die von den Gutachtern angegebenen sehr unterschiedlichen Komplikationsdichten auf die sehr unterschiedlichen Erfahrungen der einzelnen Operateure zurückgeführt wurden. Deshalb wurde in diesem Urteil dann auch die Tatsache, daß der Sachverständige in seiner Klinik bei ersten Kropfoperationen keine Aufklärung erteilt, nicht als Entschuldigung für ein gleiches Vorgehen des beklagten Arztes angesehen. Die Zugrundelegung einer günstigeren Operationsstatistik als sie seinen eigenen Erfahrungen und Möglichkeiten entsprach, konnte dem beklagten Arzt nicht zugebilligt werden, da in seinem Fall völlig andere Voraussetzungen gegeben waren. So hat er beispielsweise eine Reihe wesentlicher Voruntersuchungen unterlassen, die in der vom Gutachter geleiteten Universitätsklinik regelmäßig durchgeführt wurden, und daher ein Absehen von der Aufklärungspflicht rechtfertigen konnten. In der schon erwähnten Umfrage, die H.W.PÄSSLER zur Aufklärungspflicht angestellt hat(22) , fragte er die Chirurgen auch, von welchen Statistiken sie ihre Aufklärung abhängig machten. Dabei ergab sich, daß in 12% der eingegangenen Antworten die an der eige-

nen Klinik gemachten Erfahrungen als entscheidend angesehen wurden; die überwiegende Mehrheit, jedoch, benutzte als Maßstab Angaben aus dem Schrifttum bzw. Sammelstatistiken. In seiner Stellungnahme zum Ergebnis der Umfrage ist PÄSSLER dann der Ansicht, daß in erster Linie die eigenen Ergebnisse als Anhalt dafür dienen müssen, ob Aufklärung nützt oder nicht, und meint, daß jene Kollegen, die Sammelstatistiken heranziehen, sich im Irrtum befänden. Er erwähnt allerdings in anderem Zusammenhang, daß mit der Umfrage auch viele mittlere und kleinere Krankenhäuser erfaßt wurden, so daß anzunehmen ist, daß dort eben keine ausreichenden eigenen Statistiken vorlagen und deshalb auf allgemeine zurückgegriffen wurde. Beim Fehlen eines eigenen Zahlenmaterials wird man zur Beurteilung der Aufklärungspflicht durchaus auch diesbezügliche Angaben in der Literatur bzw. Sammelstatistiken heranziehen können. Die Zahlen dürfen dabei aber nicht absolut gesehen werden; sie müssen dann eben erst zur eigenen Erfahrung und auch zu den jeweiligen technischen Voraussetzungen für die Vorbereitung und Durchführung des Eingriffs in Beziehung gesetzt werden. Denn bei einer allgemeinen Komplikationsdichte ist die eigene Erfahrung nicht unbedingt schon enthalten, sondern gehört dann zu den weiteren zu berücksichtigenden Faktoren, die die Entscheidung über Notwendigkeit und Umfang der Aufklärungspflicht mitbestimmen.

Neben der persönlichen Erfahrung spielt für die Brauchbarkeit einer Komplikationsdichte im Rahmen der ärztlichen Aufklärungspflicht auch deren Alter zum Zeitpunkt des vorzunehmenden Eingriffs eine wichtige Rolle. Erfahrungen und Erkenntnisse nehmen zu und führen oft zu raschen Änderungen. Operationsmethoden werden verlassen und durch neue, gefahrlosere ersetzt; andererseits werden wirksamere, aber dafür eventuell mit neuen Kompli-

kationsmöglichkeiten behaftete Therapiemaßnahmen entwickelt. Auch die Diagnostik vervollkommenet sich und führt zu genauerer Indikationsstellung, wodurch wieder bessere Heilergebnisse, bzw. eine geringere Komplikationsdichte bei dem betreffenden Eingriff erzielt werden können. Alle diese in ständigem Fluß befindlichen Entwicklungen können für die Frage der Aufklärungspflicht - abgesehen davon, daß sie mit den eigenen Erfahrungen und Möglichkeiten in Bezug gesetzt werden müssen - nur durch eine möglichst aktuelle, dem Zeitpunkt des vorgesehenen Eingriffs entsprechende Statistik bedeutsam werden.

In der Rechtsprechung des BGH finden sich deshalb bei der Beurteilung der Aufklärungspflicht anhand von Komplikationsstatistiken immer wieder einschränkende Bemerkungen, die den Stand der ärztlichen Wissenschaft zum Zeitpunkt des jeweiligen Eingriffs berücksichtigen wollen. So wird im sog. 2. Elektroschockurteil (S.18) die in einem früheren Urteil (S.11) für diese Behandlungsart aufklärungsbedingende Komplikationsdichte von 7% hier nicht mehr als entscheidend angesehen. Es wird dabei zugegeben, "daß die Gefährlichkeit eines Eingriffs nicht nach der Häufigkeit der Komplikationen beurteilt werden kann, die in den Anfangszeiten einer neuen Therapie beobachtet wurden, als es noch an den nötigen Erfahrungen fehlte. Maßgebend ist vielmehr der Stand der ärztlichen Wissenschaft, wie er sich im Zeitpunkt der jeweils zu beurteilenden ärztlichen Behandlung ergibt." Andererseits muß auch über Komplikationen einer Behandlungsart nicht aufgeklärt werden, die zum Zeitpunkt der Behandlung nicht oder nur äußerst selten bekannt waren, selbst wenn sie sich später auch als relativ häufig herausstellen. So tadelt der BGH z.B. im Urteil v. 20.10.1959 (S.29) die Entscheidung des Berufungsgerichts, die die Aufklärungspflicht aus der im Jahre 1956 erkennbaren Komplikationsdichte bei Rückenmarks-

operationen herleitet, ohne die Verhältnisse des in Rede stehenden Eingriffs im Jahre 1947 zu berücksichtigen. In den Urteilen des BGH v.20.6.1961 (S.35) und v.20.10.1961 (S.39), sowie auch v.24.10.1961 (S.40) und vom 16.10.1962 (S.42) finden ebenfalls die Zeitbedingtheit der Komplikationsdichte und damit die Zeitbedingtheit der Aufklärungspflicht Berücksichtigung.

Ob der Entscheidung über die Aufklärung eine allgemeine oder eine "gereinigte" Komplikationsstatistik zu Grunde gelegt wird, ist nicht so wichtig. Die allgemeine Statistik umfaßt mehr oder weniger alle möglichen Komplikationen, also auch unwesentliche bzw. "atypische", über die in der Regel nicht aufgeklärt werden muß. Demgegenüber ist die "gereinigte" Komplikationsstatistik, sofern die "Reinigung" Beschränkung auf typische Komplikationen bedeutet, an sich ein genauerer Maßstab für die Aufklärungspflicht. In der Praxis dürfte dies aber keine Rolle spielen, denn der gewissenhafte Arzt wird lieber einmal öfter als unbedingt gefordert aufklären, besonders dann, wenn, wie meist, keine schädlichen Folgen der Aufklärung zu befürchten sind. Dagegen kann es vor Gericht bei der Frage nach dem Bestehen einer Aufklärungspflicht sehr von Bedeutung sein, ob in dem zu entscheidenden Fall eine allgemeine oder eine gereinigte Komplikationsstatistik herangezogen wurde. So wird etwa im Urteil des BGH vom 20.10.1961 (S.39) die von der Revision vorgelegte Aufklärungspflicht bedingende Komplikationsdichte von 1% bei Grenzstrangblockaden mit der Berründung abgelehnt, daß in der Zahlenangabe auch Komplikationen enthalten seien, die auf vermeidbaren fahrlässigen Fehlern beruhen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die für die Aufklärungspflicht entscheidende Komplikationsdichte den Erfahrungen des Arztes und dem Zeitpunkt der Durchführung des Eingriffs entsprechen und typische Gefahren enthalten muß; d.h. sie muß der medizinischen Situation entsprechen.

2. Weitere Faktoren, welche mit und neben der Komplikationsdichte Maß und Umfang der Aufklärungspflicht bestimmen.

Da die Frage der Aufklärungspflicht sich aus dem Arzt-Patient-Verhältnis ergibt, kann sie nur bei voller Berücksichtigung dieses Verhältnisses beantwortet werden. Zunächst haben wir die Brauchbarkeit von Komplikationsstatistiken für die jeweilige medizinische Situation untersucht und müssen sie nun im umfassenderen Rahmen des Arzt-Patient-Verhältnisses betrachten. Denn für den rein medizinischen Sachverhalt des Eingriffs ist die Persönlichkeit des Patienten belanglos. Hier spielen lediglich dessen Erkrankung und dabei mögliche Heilmaßnahmen eine Rolle, wobei die sich ergebende Wahrscheinlichkeit einer Gesundheitswiederherstellung bzw. -förderung und einer etwaigen Gesundheitsschädigung als eine bestimmte Zahl aufgefaßt werden kann. In diesem Sinne haben wir im vorhergehenden Abschnitt aufgezeigt, daß die so charakterisierte, zahlenmäßig erfaßbare medizinische Situation durchaus richtungsweisend für die Aufklärungspflicht sein kann. Eine wirkliche Entscheidung über das Vorliegen einer Aufklärungspflicht kann aber durch die Komplikationsdichte allein nicht getroffen werden, sondern erfordert auch eine Berücksichtigung der Persönlichkeit des Patienten und der persönlichen Begegnung von Arzt und Patient. Im Rahmen des Arzt-Patient-Verhältnisses kann diese Frage demnach nur so lauten:

Muß bei einer bestimmten Komplikationsdichte in diesem besonderen Arzt-Patient-Verhältnis Aufklärung erfolgen oder nicht?

Dahingehend ist auch die Bemerkung des BGH im Urteil v. 26.9.1961 (S.36) zu verstehen: "Mit der Berechnung einer generellen Komplikationshäufigkeit allein ist es daher nicht getan; ob von einer Aufklärung des Patienten über die bei typischen Gefahren bestehende Schadensmöglichkeit abgesehen werden kann, ist letztlich nur auf Grund der Umstände des jeweiligen Falles zu beantworten."

Es gilt also zu sehen, welche Umstände innerhalb des Arzt-Patient-Verhältnisses in Frage kommen und welchen Einfluß sie auf die Aufklärungspflicht bei einer bestimmten Komplikationshäufigkeit haben. Bei konsequenter Anwendung des Selbstbestimmungsrechtes müßte der Arzt dabei alle Umstände berücksichtigen, die der Patient infolge seiner subjektiven Auffassung als bedeutsam ansieht. Eine solche Forderung kann aber nach Ansicht von H. KLEINWEFERS (13) billigerweise an keinen Arzt gestellt werden. Vielmehr genügt es schon, wie auch die Rechtsprechung immer wieder zu erkennen gibt, wenn nur solche Umstände bzw. Gefahren berücksichtigt werden, die ein "verständiger Patient in dieser Lage" für seinen Entschluß als entscheidend betrachten würde. Der Arzt wird demnach das Behandlungsrisiko auf Grund der Umstände bestimmen müssen, die ihm aus Anamnese und Voruntersuchung bekannt sein können und die auch letztlich die Indikationsgrundlage für den aufklärungsbedingenden Heileingriff bilden.

Aus Anamnese und Voruntersuchung ergibt sich zunächst einmal die Schwere der Erkrankung und damit die Dringlichkeit des Eingriffs. Es ist jedem einleuchtend, daß bei unmittelbarer Gefahr für Leib und Leben bzw. einem sofort gebotenen Eingriff die Aufklärungspflicht zurücktreten und unter Umständen sogar entfallen kann. In diesem Fall besteht "Gefahr im Verzug" oder ein "übergesetzlicher Notstand" bzw. der Arzt handelt dann in sog.

"Geschäftsführung ohne Auftrag". Andererseits sind bei einem nicht dringlich erforderlichen Eingriff erhöhte Forderungen an die Aufklärungspflicht zu stellen, besonders wenn dieser mit erheblichen Gefahren verbunden ist. Die Bedeutung der Schwere der Erkrankung wird besonders von H. KLEINWEFERS herausgestellt (13). Er sieht die Gefahren der Behandlung, also die Komplikationsdichte, für die Frage der Aufklärungspflicht nur insoweit als entscheidend an, als diese mit den bei unterlassener Behand-

lung zu erwartenden Gefahren der Erkrankung in Beziehung gesetzt werden. In ähnlicher Weise will P. BOCKEL-MANN die Schwere bzw. Gefährlichkeit der Erkrankung berücksichtigen wissen, wenn er sagt: "In dem Maß, in dem die Dringlichkeit der Indikation zunimmt, nimmt die Dringlichkeit der Aufklärungspflicht ab" (1). In den Urteilen des BGH wird dieser Tatsache ebenfalls Rechnung getragen. So gereicht es dem angeklagten Arzt im Urteil v. 10.2.1955 (S.26) zum Nachteil, daß er bei einem nicht erforderlichen mit tödlichem Ausgang verlaufenen Eingriff jegliche Aufklärung unterlassen hatte. Es wird in der Urteilsbegründung ausgeführt, daß die Beurteilung des Sachverhalts von dem Unterschied zwischen einem "erforderlichen" und einem "nicht erforderlichen" Eingriff ausgehen müsse. Dieser Unterschied spiele sowohl für die Einwilligung des Kranken als auch für die Sorgfalt eine Rolle, mit der der Arzt bei der Einholung dieser Einwilligung und bei der Vergewisserung über deren Vorliegen und Wirksamkeit verfahren müsse. Im selben Sinne äußert sich auch das Urteil d. OLG Düsseldorf v.20.12.1962 zum Fall einer kosmetischen Operation. In den Urteilen des BGH v. 26.9.1961 (S.36), v.24.10.1961 (S.40), v.16.10.1962(S.42), sowie v.28.6.1963 (S.44) führt die Berücksichtigung der Schwere und Lebensbedrohlichkeit der Erkrankung und damit der Dringlichkeit des Eingriffs zu einer Entlastung des Arztes.

Hier, bei der Berücksichtigung der Schwere der Erkrankung, muß man auch die Frage stellen, inwieweit die auf Grund von Anamnese und möglichen Voruntersuchungen gestellte Diagnose Krebs ein Absehen von der Aufklärung rechtfertigen kann. Es handelt sich dabei zwar nicht um eine akut , aber doch sicher lebensbedrohliche Erkrankung, die eine oft mit erheblichen Komplikationen verbundene Therapie erfordert. Auf diese oben gestellte Frage erhält man von der Rechtsprechung zunächst die unzumutbar erscheinenden Antworten: " Soweit durch die Auf-

klärung die Stimmung oder das Allgemeinbefinden des Patienten herabgedrückt wird, handelt es sich um unvermeidliche Nachteile, die in Kauf genommen werden müssen" (S.18), oder: "Läßt sich aber, um eine Einwilligung des Kranken in eine notwendige Behandlung zu erhalten, die Bekanntgabe des Krebsbefundes nicht vermeiden, so darf der Arzt hiervor nicht zurückschrecken."(S.22). Schon in einer Reichsgerichtsentscheidung (14) wird zwar zugegeben, daß es höchst unerwünscht sei, dem Kranken eine Vorstellung von der Natur eines Krebsleidens zu vermitteln, andererseits aber gefordert, daß eine solche Mitteilung nicht zu umgehen sei, wenn nur dadurch eine wirksame Einwilligung erzielt werden könne, die eben auf zutreffenden Vorstellungen über Art und Folgen des Eingriffs beruht.

An diesen Forderungen der Rechtsprechung entzündete sich nun die Kritik der Ärzteschaft, ja man kann sagen, daß sie praktisch der einzige Anlaß einer berechtigten Kritik im Rahmen der geforderten Aufklärungspflicht sind. Dabei ist aber zu bedenken, daß gar nicht jede Krebserkrankung unbedingt Aufklärung verlangt, sondern nur dann, wenn anderweitig der Patient nicht zur rechtswirksamen Einwilligung zu bewegen ist. In diesem Zusammenhang betont M.KOHLHAAS, "daß in Wahrheit kein Gericht verlangt hat, den sorgsam behandelten krebsskranken Patienten aufzuklären, sondern daß die Aufklärung nur dort notwendig ist, wo der Kranke wegen Unkenntnis sich dauernd heilungswidrig verhält"..... (19). Dazu heißt es dann im Urteil des BGH vom 16.1.1959 (S.22), daß es nicht immer nötig sei die "nackte Krebsdiagnose" mitzuteilen. Außerdem ist im juristischen Schrifttum wie auch in der Rechtsprechung die Bereitschaft erkennbar im Falle einer Krebserkrankung bei entsprechend schwierig gelagertem Arzt-Patient-Verhältnis eine Unterlassung der Aufklärung als notwendig anzusehen. In diesem Sinne werden die oben zitierten so unzumutbar erscheinenden Sätze meist wieder eingeschränkt, wenn im weiteren Wortlaut der Urteilsbegründung einge-

räumt wird: ".... nur in dem besonderen Falle, daß die mit der Aufklärung verbundene Eröffnung der Natur des Leidens zu einer ernsten und nicht behebbaren Gesundheitsschädigung des Patienten führen würde, könnte ein Absehen von der Aufklärungspflicht gerechtfertigt sein." (S.22) In ähnlicher Weise wird auch im Urteil d.BGH v. 10.2.1956 (S.12) erwähnt, daß der Arzt nicht gezwungen sein soll, "durch zu weitgehende Aufklärung den Heilerfolg selbst zu beeinträchtigen, oder den Patienten ohne Not von einem ärztlich indizierten Eingriff abzuschrecken." Unter Berücksichtigung dieser Umstände und mit dem Hinweis auf die im Urt. d. BGH v. 16.1.1959 (S.22) enthaltene Bemerkung, daß eine Mitteilung der Krebsdiagnose an den Patienten ohne dessen ausdrückliche Frage nicht nötig sei, erfolgte im Urteil d.LG Dortmund v. 22.2.1962 Klageabweis. Dabei wurde die vom Arzt an die Patientin gegebene Belehrung, sie müsse sich bestrahlen lassen, "auch wenn sie davon die eine oder andere Beschwerde bekäme", als ausreichend angesehen. Für die bei der Krebsbestrahlung entstandenen Verbrennungen und Geschwüre wurde eine Haftung abgelehnt.

Im juristischen Schrifttum wird im Fall einer Krebserkrankung anerkannt, daß sich der Arzt in einer Pflichtenkollision befinden bzw. daß die Situation eines übergesetzlichen Notstandes vorliegen kann. Nachdem die Ärzte in weitaus den meisten Fällen bei Krebserkrankung eine Aufklärung über den Befund unterlassen, schlägt z.B. G.SCHWALM (29) vor zu prüfen, "ob eine gewohnheitsrechtlich begründete soziale Ädäquanz das Unterlassen der Aufklärung über den Krebsbefund und bestimmte typische Behandlungsfolgen rechtfertigt." Es käme dabei darauf an, daß die in Ärztekreisen bestehende Übung vom "Rechtsgeltungswillen der Allgemeinheit" getragen wird. Die im "Strahlen-Urteil" (S.22) eingeräumte Möglichkeit, von der Aufklärung abzusehen, hält er für zu eng und schlägt seinerseits vor, daß diese Fra-

ge über den Gesichtspunkt des medizinisch Indizierten hinaus durch eine Güter- und Interessenabwägung zu entscheiden sei. Diese müßte zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten sowie der Pflicht des Arztes zur Beachtung dieses Rechtes einerseits und dem seelischen und körperlichen Zustand des Patienten sowie der Pflicht des Arztes zur Heilbehandlung andererseits vorgenommen werden. Auch P. BOCKELMANN (1) sieht im Fall der Krebserkrankung die Aufklärungspflicht mit der Heilungspflicht in Widerstreit treten. Die von ihm ebenfalls vorgeschlagene Interessensabwägung ist dabei vor allem von dem Gedanken bestimmt, daß die in solchen Fällen möglicherweise gesundheitsschädigende Aufklärung dann eben einer Gesundheitsbeschädigung im Sinne des Strafgesetzbuches gleichkäme. Deshalb muß die Aufklärungspflicht seiner Meinung nach dort entfallen, wo sie auf eine gesundheitliche Beeinträchtigung des Patienten und damit auf eine Körperverletzung hinauslaufen würde. G. KÄHLER (21) betrachtet die Interessensabwägung zwischen Aufklärungs- und Heilungspflicht im Rahmen des Arzt-Patient-Verhältnisses in Abhängigkeit vom Arztvertrag: " Bringt die Aufklärung eine wesentliche Beeinträchtigung der Heilung mit sich und hat der Patient den Heilauftrag nicht ernsthaft, ausdrücklich oder konkludent zugunsten der steten Beachtung der Selbstbestimmungsbefugnis eingeschränkt, so kann der Arzt davon ausgehen, daß der Heilwunsch des Patienten der stärkere ist, ohne ihn im konkreten Fall ausdrücklich befragen zu müssen. Die heilungsschädliche Aufklärung kann in diesen Fällen unterbleiben." Ein solches Vorgehen würde einmal pflichtgemäßem ärztlichem Ermessen wie auch der mutmaßlichen Entscheidung des Kranken und der Natur des Arztvertrags entsprechen.

Wenn dem Arzt auch von der Rechtsprechung die Möglichkeit eingeräumt wird, bei unheilbaren Erkrankungen nach gewissenhafter Interessenabwägung von der Aufklärungspflicht abzusehen, so wird wohl mit Recht gefordert,

daß der Arzt auch dann die Gründe darlegen muß, die ihm eine Unterlassung im betreffenden Fall gerechtfertigt erscheinen ließen. Es heißt dazu im Urt.d.BGH v.10.2.1956 (S.12): "Aber bei mangelhafter oder fehlender Aufklärung... muß der Arzt dartun, daß er triftige Gründe zur Unterlassung der Aufklärungspflicht hatte."

In der oben angeführten Zusammenstellung von Entscheidungen des BGH findet sich nur ein Urteil, das mangelnde Aufklärungspflicht bei Krebserkrankung zum Gegenstand hat. In diesem sog. "Strahlen-Urteil" v. 16.1.1959 (S.22) bestand nach Ansicht des erkennenden Senats kein Anhalt dafür, daß die Patientin bei einer Unterrichtung durch die Ärzte Schäden an ihrer Gesundheit erlitten hätte. Die Ärzte haben auch keine Gründe zur Rechtfertigung der unterlassenen Aufklärung dargetan. Vielmehr war die Patientin schon von ihrem Hausarzt auf die mögliche Krebserkrankung hingewiesen worden. Außerdem hat sie durch ihre Einwilligung in die Totaloperation gezeigt, daß sie sich des Ernstes ihrer Erkrankung, von dem allein eine Gesundheitsschädigung zu befürchten gewesen wäre, bereits bewußt war. Es bestand also kein Anlaß, die Gefahren einer dem Ernst ihrer Erkrankung angemessenen Behandlung zu verschweigen.

Dagegen konnte in dem Urteil des LG Frankfurt/M. v.22.5.1958 Freispruch von der Haftung für Strahlenschäden einer Zungenkrebsbehandlung erfolgen. Es wird dort ausgeführt: "Ist zu erwarten, daß die Aufklärung über eine schwere Erkrankung (z.B. Zungenkrebs) beim Patienten eine Schockwirkung mit unvorhersehbaren und für die Behandlung ungünstigen Folgen auslöst, so ist der Arzt berechtigt, diese Aufklärung zu unterlassen." Hier wurde von den Ärzten dargetan, daß ihnen bereits vor der Operation klar war, "daß dem Patienten letztlich keine andere Wahl blieb, als sich der Behandlung in der vorgesehenen Weise zu unterziehen, oder einem sicheren qualvollen Tod entgegenzugehen."

A.SCHEICHTER empfiehlt den Ärzten, die von der Rechtsprechung geforderte Begründung bei einer unterlassenen Aufklärung sehr sorgfältig vorzunehmen und die diesbezügliche Entscheidung schriftlich niederzulegen. "Die Argumente, die uns zwingen, von einer juristisch notwendig erscheinenden Aufklärung Abstand zu nehmen, müssen rechtzeitig schriftlich fixiert sein; der Richter muß erkennen, daß sie nicht erst nachträglich erfunden sind. Dann besteht auch meiner Meinung nach die volle Hoffnung zu Recht, daß unsere Entscheidung von unserem ärztlich ethischen Bewußtsein diktiert, auch entsprechend gewürdigt wird." (25)

Außer Grad und Schwere der jeweiligen Erkrankung spielt darüber hinaus aber der gesamte Gesundheitszustand des Patienten wie für die Indikationsstellung so auch für die Frage der Aufklärung eine wichtige Rolle. Der jeweils andersartige körperliche Allgemeinzustand berechtigt zu der Auffassung, daß praktisch jeder Patient seine eigene Krankheit hat. Diese wichtige Tatsache bringt es mit sich, daß unter Umständen mit nur äußerst selten auftretenden typischen Gefahren häufiger zu rechnen ist. Sogar atypische Gefahren, die normalerweise im allgemein zumutbaren Operationsrisiko enthalten sind, können hier eine ernstzunehmende Gefahr für Gesundheit oder Leben des Patienten darstellen. Es muß deshalb, wenn es der Allgemeinzustand des Patienten erfordert, selbst über solche typische Komplikationen aufgeklärt werden, die unter einer normalerweise aufklärungsbedingenden Komplikationsdichte liegen, bzw. auch über atypische, wenn sie auf Grund der Umstände die Unbeherrschbarkeit und Gefährlichkeit typischer Komplikationen annehmen können. Mit dem Hinweis, daß auch der Gesamtzustand des Patienten zu würdigen sei, wird z.B. im Urt.d.BGH v.10.2.1956 (S.12) darauf hingewiesen, daß bei der bestehenden Grundkrankheit des Patienten eine

Wundinfektion nicht zu den gewöhnlich auftretenden, harmlosen Operationsfolgen gerechnet werden kann. Es wird weiter festgestellt, daß zwar über harmlose oder atypische Folgen im allgemeinen nicht aufgeklärt werden muß, andererseits aber zu bedenken gegeben, daß "eine Aufklärungspflicht nicht erst dann einsetzt, wenn so schwerwiegende Folgen wie der Tod des Patienten nicht als typische Folgen zu bezeichnen sind." Auch bei dem im Urteil d.BGH v.10.2.1959 (S.26) zur Verhandlung gekommenen Fall lag fehlende Berücksichtigung des Allgemeinzustandes der Patientin vor. Allerdings war dabei dem Arzt fahrlässigerweise der Gesundheitszustand der Patientin überhaupt unbekannt, so daß er weder der Indikation für den Eingriff, noch der erforderlichen Aufklärung zu Grunde gelegt wurde.

Wenn nun weiter zu fragen ist, welche anderen Umstände neben Art und Schwere der Erkrankung im Einzelfall für die Aufklärung bei einer bestimmten Komplikationsdichte entscheidend sind, so sind das Umstände, die die Person des Kranken betreffen. Nach E.SCHMIDT (26) bedeutet "Person" des Patienten "seine gesamte persönliche (soziale, berufliche, familiäre) Lage." Diese persönlichen Umstände können natürlich für die Aufklärung nur insoweit bedeutend sein, als sie dem Arzt durch die Anamnese oder durch besondere Hinweise des Patienten erkennbar sind. Doch wird der Arzt dann, wenn er meint, von der Aufklärung absehen zu müssen, die persönlichen Umstände des Patienten besonders sorgfältig erfragen und abwägen. So wird z.B. im Urt.d.BGH v.16.1.1959 (S.22) gefordert, der Arzt müsse versuchen, den "mutmaßlichen Willen" des Patienten zu ermitteln.

Die persönliche Situation spielt einmal eine Rolle im Hinblick auf das "Wie" der Aufklärung, zum anderen auf das "Was", d.h.auf das, was die besondere soziale, berufliche oder familiäre Stellung des Patienten für diesen als ernst zu nehmende Gefahr erscheinen läßt.

Das "Wie" der Aufklärung richtet sich im wesentlichen nach Intelligenz und Auffassungsgabe und damit in Zusammenhang stehend auch nach Alter und Beruf des Patienten. Dazu wird im Urt.d.BGH v.16.1.1959 (S.22) ausgeführt: "Da die Patienten sich in ihrem Wesen und nach ihrem Bildungsgrad weitgehend voneinander unterscheiden, ist es angebracht und zulässig, den einzelnen auch in verschiedener Art und Weise über Krankheit und Heilbehandlung aufzuklären. In soweit steht dem Arzt ein angemessener Spielraum zur Verfügung." Der Grad der Intelligenz des Patienten wird dem behandelnden Arzt gegen den Vorwurf mangelnder Aufklärung z.B. im Urteil d.BGH v. 20.12.1960 (S.32) zugute gehalten. Es heißt dort, die Klägerin sei schon nach dem Grad ihrer Intelligenz und auf Grund ihrer Vorbildung imstande gewesen, die Belehrung des Arztes im rechten Sinne zu verstehen. Ebenso wird im Urt.d.BGH v.29.9.1961 (S.36) trotz einer relativ hohen Komplikationsdichte, bei der in einem gleichzeitig entschiedenen Verfahren (S.38) Aufklärung gefordert wurde, eine Belehrungspflicht verneint. Die Urteilsbegründung geht davon aus, daß die Patientin als Krankenschwester mit 20jähriger Erfahrung im Heilberuf sich über Art, Bedeutung und Folgen einer Kropfoperation in groben Zügen im klaren gewesen sein mußte.

Die Frage nach der Auffassungsgabe spielt vor allem auch in Zusammenhang mit der Aufklärung Minderjähriger eine Rolle. Wie aus dem grundlegenden Urteil d.BGH v.5.12.1958 (S.17) hervorgeht, kommt es dabei nicht auf ein bestimmtes Alter, sondern nur auf die geistige und sittliche Reife des Patienten an, vermöge der er die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs sowie seine Gestattung zu eressen vermag.

Ist schon bezüglich des medizinisch Gebotenen eine dem Intelligenz - und Auffassungsgrad des Patienten entsprechende Aufklärung erforderlich, so erst recht, wenn die Wahl der Behandlungsart von außermedizinischen Faktoren

mitabhängt, die der Patient u.U. ebenso gut, wenn nicht gar besser beurteilen kann. Zu diesem Sachverhalt meint der erkennende Senat im Urt.v.10.2.1956 (S.12), nachdem hier ein medizinisches Operationsrisiko und wirtschaftlich-politische Aussichten abzuwägen waren, mag es dahinstellt bleiben, ob die Ärzte dafür eine bessere Beurteilungsmöglichkeit hatten als der Patient. Jedenfalls war die Entscheidung nicht nur auf Grund ärztlicher Spezialkenntnisse zu treffen, sondern, nachdem allgemeine und speziell medizinische Prognosen gegeneinander abzuwägen waren, mußte der Patient auch dazu die nötigen Abwägungsunterlagen haben.

Mit diesem Urteil kommen wir bereits zu der Frage, was im Hinblick auf die besondere persönliche Situation des Patienten aufklärungsbedürftig ist. Der Arzt hatte hier, ohne darüber besonders aufzuklären, eine zum Tode führende Heterotransplantation von Pankreasgewebe vorgenommen. Er wollte damit die Gesundheit des Patienten, eines Diabetikers, von der unsicheren Insulinversorgung der Nachkriegsjahre unabhängig machen. Der BGH ist der Ansicht, es hätte dem Patienten zur Entscheidung gestellt werden müssen, ob er weiterhin von der vielleicht nur noch kurze Zeit bestehenden mangelhaften Insulinversorgung abhängen wolle, oder ob er sich einer Behandlung unterziehen möchte, die auf Grund allgemeiner Umstände geboten erscheinen konnte, bei seinem Gesundheitszustand jedoch mit erheblichen Gefahren verbunden sein mußte. Zu der Frage, welche Gefahren eines Heileingriffs für die persönliche Situation des Patienten eine Bedeutung haben, führt der BGH im Urt. v.26.9.1961 (S.36) aus, es sei bei der Aufklärung zu berücksichtigen, "welche Nachteile sich aus einer etwaigen Schädigung für sein Leben und Fortkommen ergäben." E.SCHMIDT (26) meint, daß, wenn der Patient zu erkennen gibt, er könne durch die Operation den Verlust der Berufsfähigkeit nicht in Kauf nehmen, oder infolge persönlicher Gründe eine akute Lebensgefahr nicht riskieren, müsse der Arzt auch über atypische, ungewöhnliche und ent-

fernt liegende Schädigungsmöglichkeiten aufklären. Im Urt.d.BGH v.29.11.1957 (S.16) wird ausgeführt, daß die Einwilligung der Patientin in die Entfernung der festgestellten Geschwulst nicht zu der Annahme berechtige, sie sei dann auch mit der Entfernung der Gebärmutter einverstanden, wenn nur dadurch die Geschwulst zu entfernen sei. "Denn es ist möglich, daß ein Kranker eine selbst gefährliche Geschwulst an einem Organ seines Körpers eher weiterbestehen zu lassen bereit ist, als für die Beseitigung der Geschwulst den Verlust des ganzen Organs in Kauf zu nehmen. Mag diese Entscheidung für ihn selbst lebensbedrohlich und deshalb jedenfalls dann unverständlich sein, wenn er auch ohne das Organ weiterleben könnte, so muß sie doch von jedem, auch einem Arzt in Betracht gezogen und beachtet werden."

Besonders eingehend ist bei der Frage der Aufklärung die persönliche Situation des Patienten dann zu berücksichtigen, wenn die medizinische Situation weder das Übergewicht hat noch eindeutig ist. Dies trifft dann zu, wenn der Eingriff nicht dringlich erforderlich, sondern nur geboten ist bzw. wenn dabei die Wahl zwischen mehreren Behandlungsmethoden oder zwischen Behandlung und Nichtbehandlung besteht. P. BOCKELMANN (1) sagt dazu: "Unter allen Umständen, selbst bei geringster Häufigkeitsdichte, muß über mögliche Komplikationen und Nebenfolgen dann aufgeklärt werden, wenn die gegebene Situation den Patienten vor eine wirkliche Alternative stellt, d.h. der Eingriff nicht etwa zur Lebensrettung oder zur Verhütung schweren Siechtums unerlässlich ist, sondern wenn der Patient auch die Wahl hat, sich mit seinem Leiden abzufinden."

Es kann die Aufklärungspflicht aber auch bei typischen Gefahren, die eine relativ hohe Komplikationsdichte aufweisen, entfallen, wenn dies auf Grund der persönlichen Situation des Patienten sich ergibt. So kann der Patient aus einem starken Vertrauensverhältnis oder aus persön-

licher Anschauung mehr oder weniger deutlich zu erkennen geben, daß er auf eine Aufklärung verzichtet. Dazu wird im Urt.d.BGH v.9.12.1958 (S.16) gesagt, daß der Kranke, der den Arzt aufsucht oder sich in die Klinik begibt, von vorneherein schon in gewissem Umfang auch mit den ärztlicherseits gebotenen Eingriffen einverstanden sein wird. Zugleich aber wird zu bedenken gegeben, daß darin nicht ohne weiteres bereits der Verzicht auf eine Aufklärung in groben Zügen über Art, Verlauf und Folgen der Behandlung zu sehen sei. Der erkennende Senat räumt dann aber ein, daß es Fälle gibt, in denen der Patient unter allen Umständen von seinem Leiden befreit sein will und deutlich zu erkennen gibt, daß er alles vertrauensvoll seinem Arzt überlasse. In solchen Fällen mag es gerechtfertigt sein, daß der Arzt entsprechend dem erkennbaren Wunsch des Patienten von einer näheren Aufklärung absieht. G.30¹ ALLM (29) hält in diesem Zusammenhang einen "stillschweigenden Aufklärungsverzicht" hinsichtlich des Befundes für ausreichend, betont aber, daß für den Verzicht auf Aufklärung über die Folgen der Heilbehandlung eine ausdrückliche Erklärung des Patienten zu fordern sei.

Bei der Verwendung von fremden Komplikationsstatistiken müssen, wie schon in Absatz III,1 erwähnt, Können und Erfahrungen des Arztes bei der Entscheidung über die Aufklärung gesondert berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang kann auch die Person des Arztes, an die Erfahrung und Können gebunden sind, für die Frage der Aufklärungspflicht entscheidend werden. Das wird im Urt.d.BGH v.15.2.1957 (S.15) zur Sprache gebracht und spielt auch im Urt.d.BGH v.1.2.1961 (S.33) eine Rolle. In seiner Stellungnahme zu letzterem hebt P. BOCKELMANN (2) hervor, daß es eigentlich wohl nicht darum geht, ob der Patient weiß, daß der den Eingriff Ausführende die Bestallung besitzt, sondern darum, daß er beim Irrtum über die sachlichen Fähigkeiten des Behandelnden nicht rechtswirksam einwilligen kann.

IV. Zusammenfassung

Die Aufklärungspflicht dient zum Schutz des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten. Das im Grundgesetz zugesicherte Recht auf körperliche Unversehrtheit gilt auch für das Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Ein ärztlich indizierter und lege artis durchgeführter Eingriff ist deshalb ohne entsprechende Einwilligung des Patienten in jedem Fall rechtswidrig, ganz gleich, ob dadurch der Tatbestand der Körperverletzung oder der eigenmächtigen Heilbehandlung gegeben ist. Die Widerrechtlichkeit der ärztlichen Maßnahme entfällt nur durch den erklärten Rechtswillen des Patienten, durch den er dem Arzt die Befugnis zum Eingriff in den Körper einräumt. Damit der Patient aber rechtswirksam einwilligen kann, ist die Aufklärung erforderlich, denn er muß wenigstens in groben Zügen über den Gegenstand seiner Einwilligung unterrichtet werden.

An Hand der hier gesammelten Entscheidungen des BGH zur Frage der ärztlichen Aufklärungspflicht sollte untersucht werden, welche diesbezüglichen Richtlinien in der gegenwärtigen Rechtssprechung erkennbar sind. Als Ergebnis dieser Untersuchung kann man zunächst festhalten, daß es bei der Frage nach dem Bestehen einer Aufklärungspflicht sehr auf die jeweilige Situation ankommt, aus der heraus die Indikation zu dem bedingt aufklärungserfordernden Eingriff gestellt wird. Der BGH sagt dazu im Urteil v. 26.9.1961 (S.36) ganz allgemein, es sei für die Frage der Aufklärungspflicht entscheidend, "wie die Verhältnisse gerade dort liegen, wo die Operation des betreffenden Patienten hat stattfinden sollen und stattgefunden hat."

Damit ist aber nicht gesagt, daß die Komplikationsdichte bedeutungslos sei; sie kann nur nicht der alleinige Maßstab der Aufklärungspflicht sein. Keiner, der die hier vorgestellten Entscheidungen ernsthaft geprüft hat, wird

das bestreiten. Die Komplikationsdichte kann eben nicht einfach als absoluter Maßstab verwendet, sondern muß, wie jede normative Größe, auf den Einzelfall angewendet werden. Es wird auch kein gewissenhafter Arzt die allgemeinen richtungsweisenden Dosierungsangaben bei Medikamenten oder die allgemein anerkannte Indikation gewisser Eingriffe kritiklos verwenden, sondern sie im Hinblick auf die ihm erkennbaren Besonderheiten des Einzelfalls erst prüfen und entsprechend modifiziert zur Anwendung bringen. In diesem Sinn verstanden, muß die Komplikationsdichte nach wie vor Grundlage der Aufklärungspflicht sein, denn sie ist zahlenmäßiger Ausdruck dessen, worüber allenfalls aufzuklären ist, sofern es die weiteren Umstände des betreffenden Arzt-Patient-Verhältnisses erfordern. Auch in den vorgestellten Urteilen bildet die Komplikationsdichte die vom medizinischen Gutachter vorgelegte Grundlage der Entscheidung. Dabei wird jeweils zuerst festgestellt, ob überhaupt mit einer Schädigung zu rechnen war, über die unter Umständen aufgeklärt werden mußte. Erst in zweiter Linie wird dann untersucht, ob im betreffenden Fall diese Umstände vorgelegen haben. Der Arzt sollte nun seinerseits bei der Entscheidung über die Aufklärungspflicht diese Umstände auch mit berücksichtigen und sich nicht nur auf die Feststellung einer gewissen Komplikationsdichte beschränken.

Die nachfolgende Zusammenstellung möchte die für die Aufklärung wesentlichsten Punkte noch einmal hervorheben, um damit dem behandelnden Arzt eine Empfehlung an die Hand zu geben, wie er dabei in der Praxis vorgehen kann:

Zunächst ist zu fragen:

1. ob bei dem indizierten Heileingriff typische Gefahren zu befürchten sind,
2. ob diese typischen Gefahren in einem solchen Prozentsatz auftreten, daß sie für die Entscheidung, in die Behandlung einzuwilligen, bei einem verständigen Patienten ernsthaft ins Gewicht fallen.

Diese beiden Fragen dienen der Feststellung der Komplikationsdichte. Nach den Angaben in den Urteilsveröffentlichungen wie auch im juristischen und ärztlichen Schrifttum scheint es empfehlenswert, bereits bei einer Komplikationsdichte von 1Prozent Aufklärungspflicht anzunehmen.

Sind die beiden Fragen zu verneinen, d.h. liegt keine aufklärungsbedingende Komplikationsdichte vor, so muß weiterhin bei der Anwendung auf den konkreten Fall entschieden werden, ob auf Grund der besonderen Umstände nicht doch eine Aufklärungspflicht besteht.

Sind die Fragen dagegen zu bejahen, d.h. liegt eine normalerweise aufklärungsbedingende Komplikationsdichte vor, so ist es möglich, daß infolge besonderer Umstände die Aufklärungspflicht trotzdem entfällt.

Solche besonderen Umstände, die bei gegebener Komplikationsdichte eine Aufklärung notwendig bzw. entbehrlich machen, sind:

1. Erfahrung und Können des Arztes, sowie die technischen Voraussetzungen für die Vorbereitung und Durchführung des Eingriffs, wenn nicht eigene, sondern allgemeine Statistiken verwendet werden.
2. Umstände, die in der Person des Patienten begründet liegen:
 - a) Art und Schwere der Erkrankung, sowie der gesundheitliche Allgemeinzustand,
 - b) Intelligenz und Auffassungsgabe,
 - c) soziale und weltanschauliche Situation.

Diese, die besonderen Umstände des Arzt-Patient-Verhältnisses betreffenden Fragen lassen sich naturgemäß nicht so eindeutig und allgemein verständlich beantworten wie die beiden ersten, die rein medizinische Situation betreffenden Fragen, die als Antwort eben eine bestimmte Komplikationsdichte vorweisen können. Der Arzt wird aber auch hier unter Berücksichtigung von Voruntersuchung und Anamnese die rechte Entscheidung über das Vorliegen einer Aufklä-

rungspflicht treffen können. Eine besondere Beachtung der persönlichen Belange des Patienten ist beim Vorliegen einer Krebserkrankung, wie auch jeder anderen unheilbaren Krankheit, erforderlich, d.h. dann, wenn der Arzt glaubt, den Patienten vor der furchtbaren Wirklichkeit seiner Erkrankung schützen zu müssen. Die hierbei notwendige schwerwiegende Entscheidung kann wohl am besten im Sinne der erwähnten Güter- und Interessenabwägung zwischen Selbstbestimmungsrecht des Patienten und Heilauftrag des Arztes vollzogen werden. Freilich spielen bei einer derartigen Pflichtenkollision subjektive Maßstäbe, vor allem das Gewissen des Arztes, eine Rolle. Diesen Umstand und damit die Möglichkeit aus schwerwiegenden Gründen von der Aufklärung abzusehen erkennt die Rechtsprechung auch durchaus an.¹ Es muß ihr dabei im Einzelfall die gewissenhaft und gewissenmäßig getroffene Entscheidung erkennbar sein. In den bisher ergangenen Urteilen fehlte eine entsprechende Begründung bzw. Rechtfertigung des Arztes für die unterlassene Aufklärung meistens. Ob dazu eine schriftliche Fixierung der einzelnen Beweggründe, wie es ärztlicherseits vorgeschlagen wurde; unbedingt erforderlich ist, mag dahingestellt bleiben. Jedenfalls sollte die Frage der Aufklärungspflicht ganz allgemein sehr sorgfältig entschieden werden. Dazu wollte diese Arbeit dem behandelnden Arzt die in der gegenwärtigen Rechtsprechung erkennbaren Entscheidungsgrundlagen vermitteln.

LITERATURVERZEICHNIS

- 1 LONDEMAN, P. Rechtliche Grundlagen und rechtliche Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht. In: NJW 1961 S.945
- 2 Operativer Eingriff und Einwilligung des Verletzten. In: JZ 1962 S.525
- 3 DE RUMYR Der Arzt im Recht. 1930
- 4 EMISCE, K. Die rechtliche Bedeutung der ärztlichen Operation. In: Fehler und Gefahren bei chirurgischen Operationen. Jena 1954 Bd.II S.1324
- 5 JÜPPINGER, H. Die Aufklärung und Einwilligung bei der ärztlichen, besonders der psychiatrischen Behandlung. In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete. 1956 Heft 2 S.53
- 6 GRÄBER, F. Die ärztliche Auskunfts- und Aufklärungspflicht. In: Der Krankenhausarzt. Heft 10, 1960
- 7 KRIEGLER, H. Die Aufklärungspflicht des Arztes. In: ZStW 73/5
- 8 KREITZKY, B. Schweigepflicht und Schweigerecht des Arztes und ihre Grenzen. In: LMW 3 (1965) S.126
- 9 KATHELMANN, A. Zur rechtsphilosophischen Situation der Gegenwart. In: JZ 1963 S.142
- 10 Die eigenmächtige Heilbehandlung. In: ZStW 73/341
- 11 KIERSKI, W.S. Rechtsprechung und ärztliche Aufklärungspflicht. In: Med.Klin.59 (1964) Nr.4 S.153
- 12 Zur Aufklärungspflicht insbesondere bei pauschaler Einwilligungserklärung des Patienten. In: Med.Klin.59 (1964) Nr.26 S.1071
- 13 KLEINWEFERS, H. Die Aufklärungspflicht des Arztes unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs. In: VersR 1962 S.204

- 14 KLEINWEFERS, H. Anhang zu VersR 1962/204
(Dort finden sich die hier nicht aufgeführten Urteile des BGH vor 1954, sowie die Entscheidungen des RG zusammengestellt).
- 15 Die Aufklärungspflicht des Arztes und die Rechtsfolgen ihrer Verletzung. In: VersR 1964 S.349
- 16 Die Kontrastmittelanwendung in forensischer Sicht. Symposium. Heidelberg Nov. 1964
- 17 KOHLHAAS, M. Zehn Jahre Bundesgerichtshof. Rechtsprechung zum Arztrecht in Strafsachen. In: DMW 22 (1962) S.1157
- 18 Bringt die geplante Neuregelung des ärztlichen Heileingriffs im neuen Strafgesetzbuch den Ärzten wirklich Vorteile? In: DMW 50 (1962) S.2593
- 19 Die kosmetisch-ästhetische Operation im geltenden Strafrecht. In: DMW 35(1964) S.1660
- 20 MÄHLER, G. Voluntas aegroti. In: MMW 3 (1965) S.122
- 21 Heilauftrag und ärztliche Aufklärungspflicht. In: MMW 14 (1965) S.680
- 22 FÄSSLER, H.W. Ärztliche Gesichtspunkte zur Aufklärungspflicht des Chirurgen. In: Die Med. Welt 13 (1964) S.717
- 23 PERRET, W. Arzthaftpflicht, München 1956
- 24 ROEMER, H. Zur Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber Krebskranken. In: JZ 1960 S.137
- 25 SCHEICHER, A. ZUR AUFKLÄRUNGSPFLICHT DES ARZTES. In: MMW 8 (1964) S.355
- 26 SCHMIDT, E. Der Arzt im Strafrecht. Leipzig 1939
- 27 in: Ponsold: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin 1957 2. Aufl. S.37
- 28 mit ausführlicher Schrifttumsangabe zur Neuregelung des ärztlichen Heileingriffs

- 29 SCHWALM, G. Die strafrechtliche Bedeutung der ärztlichen Aufklärungspflicht. In: MDR 1960 S.722
- 30 Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht aus der Sicht des Juristen. In: Schriftenreihe der Karlsruher Studiengesellschaft. Heft 50 S.51
- 31 SPAYN, W. Zur Aufklärungspflicht des Arztes. In: MMW 8 (1964) S.359
- 32 In: Die Kontrastmittelanwendung in forensischer Sicht. Symposion. Heidelberg Nov. 1964 S.25
- 33 STEINDORFF, E. Zur Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber Krebskranken. In: JZ 1960
- 34 WEITNAUER In: Die Kontrastmittelanwendung in forensischer Sicht. Symposion. Heidelberg Nov. 1964 S.81

Die im Text hinter Autoren oder Zitaten angeführten Nummern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis.

Die mit S bezeichneten Nummern hinter Urteilen oder Zitaten aus Urteilen geben die Seite an, auf der das betreffende Urteil in unserer Zusammenstellung zu finden ist.

Lebenslauf

Geboren am 9.11.1936 in München als Sohn des Facharztes Dr.med.Eduard Schelbert, besuchte ich ab 1943 vier Jahre die Volksschule und anschließend die Klenze-Oberrealschule in München. Dort bestand ich im Juli 1956 das Abitur. Im Herbst 1956 immatrikulierte ich mich an der Technischen Hochschule München für das Studium der Architektur. Nach zwei Semestern wechselte ich im Wintersemester 1957/58 an die Universität München zum Studium der Medizin über. 1959 bestand ich dort die Naturwissenschaftliche und 1960 die Ärztliche Vorprüfung. Nach sechs klinischen Semestern legte ich 1963 das Medizinische Staatsexamen ab.

